



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DENIS BARBOSA CACIQUE

Questionário “Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido”: Avaliação das propriedades da medida e aplicação em uma amostra de profissionais da saúde brasileiros

Questionnaire “Mosaic of Opinions on Induced Abortion”: Measurement properties evaluation and application in a sample of Brazilian healthcare workers

CAMPINAS

2017

DENIS BARBOSA CACIQUE

Questionário “Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido”: Avaliação das propriedades da medida e aplicação em uma amostra de profissionais da saúde brasileiros

Questionnaire “Mosaic of Opinions on Induced Abortion”: Measurement properties evaluation and application in a sample of Brazilian healthcare workers

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de doutor em Ciências da Saúde. Área de Concentração – Saúde Materna e Perinatal.

Thesis presented to Post-Graduate Program of Obstetrics and Gynecology, Scholl of Medical Sciences, State University of Campinas for obtaining the Ph.D grade on health sciences. Concentration Area – Maternal and Perinatal Health.

ORIENTADOR: PROF. DR. RENATO PASSINI JÚNIOR

COORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA JOSÉ MARTINS DUARTE OSIS

Este exemplar corresponde à versão final da tese defendida pelo aluno Denis Barbosa Cacique, sob orientação do Prof. Dr. Renato Passini Junior.

CAMPINAS

2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0705-9262>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

C113q Cacique, Denis Barbosa, 1982-
Questionário "Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido" : avaliação das propriedades da medida e aplicação em uma amostra de profissionais da saúde brasileiros / Denis Barbosa Cacique. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Renato Passini Júnior.

Coorientador: Maria José Martins Duarte Osis.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Estudos de Validação. 2. Aborto Legal - Ética. 3. Aborto Induzido. 4. Pessoal de Saúde. 5. Princípios Morais. 6. Bioética. I. Passini Júnior, Renato, 1958-. II. Osis, Maria José Martins Duarte. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Questionnaire "Mosaic of Opinions on Induced Abortion : measurement properties evaluation and application in a sample of Brazilian healthcare workers

Palavras-chave em inglês:

Validation Studies

Abortion, Legal - Ethics

Abortion, Induced

Health Personnel

Morals

Bioethics

Área de concentração: Saúde Materna e Perinatal

Titulação: Doutor em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Renato Passini Júnior [Orientador]

Arlete Maria dos Santos Fernandes

Rodrigo Pauperio Soares Camargo

Helaine Maria Besteti Pires Mayer Milanez

Olimpio Barbosa de Moraes Filho

Data de defesa: 18-12-2017

Programa de Pós-Graduação: Tocoginecologia

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE

DENIS BARBOSA CACIQUE

ORIENTADOR: PROF. DR. RENATO PASSINI JÚNIOR

COORIENTADOR: PROFA. DRA. MARIA JOSÉ MARTINS DUARTE OSIS

MEMBROS:

1. PROF. DR. RENATO PASSINI JUNIOR

2. PROFA. DRA. ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES

3. PROF. DR. RODRIGO PAUPERIO SOARES DE CAMARGO

4. PROFA. DRA. HELAINE MARIA BESTETI PIRES MAYER MILANEZ

5. PROF. DR. OLIMPIO BARBOSA DE MORAES FILHO

Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 18/12/2017

EPÍGRAFE

A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.

E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os dois meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram a um lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em duas metades,
diferentes uma da outra

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
As duas eram totalmente belas.
Mas carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

Carlos Drummond de Andrade
Verdade. Poesia completa. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2002.

DEDICATÓRIA

Para Ana Luíza, pedacinho de estrela.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e, em especial, aos meus pais, Vilma e Osvaldo, exemplos de tenacidade e brilho. À minha esposa, Suellen, parceira nos bons e, mais ainda, nos maus momentos, que é quando o amor se prova. Ao amigo Henrique, de contribuição *significativa* para a análise e discussão dos dados.

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Renato Passini Júnior e Profa. Dra. Maria José Martins Duarte Osis, que investiram seus valiosos tempo e conhecimento nesse projeto de pesquisa: sem vocês, este trabalho não existiria. Oportunamente, agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação e da Comissão de Pesquisa em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Aos sujeitos de pesquisa, que, anonimamente, contribuíram para a obtenção dos resultados aqui apresentados, assim como aos professores e colegas da turma de Especialização em Ética e Bioética da Unicamp, que direta ou indiretamente contribuíram com o enriquecimento deste trabalho.

Finalmente, aos superintendentes e diretores associados do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti-Caism de agora e de antes, Prof. Dr. Luís Otávio Zanatta Sarian, Profa. Dra. Júlia Yoriko Shinzato, Prof. Dr. Oswaldo da Rocha Grassiotto, Profa. Dra. Angela Maria Bacha, Profa. Dra. Mary Angela Parpinelli e Prof. Dr. Renato Passini Junior, que apoiaram institucionalmente a minha formação acadêmica desde o início da graduação, em 2004.

RESUMO

Introdução: No Brasil, a provisão do abortamento legal e seguro tem sido frequentemente negada ou praticada de maneira discriminatória em instituições públicas e particulares. Para diversos autores, esse problema resulta da dificuldade de os profissionais da saúde desvencilharem a prática profissional de seus valores pessoais. Nesse quadro, se desconhece a existência de instrumentos específicos e validados de avaliação da moralidade do abortamento por profissionais da saúde brasileiros.

Objetivo: Avaliar as propriedades da medida do questionário “Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido” e utilizá-lo para conhecer as opiniões de profissionais da saúde sobre a moralidade do abortamento legal.

Métodos: Realizou-se estudo metodológico dividido em quatro etapas. Na primeira, o questionário foi pré-testado em uma amostra intencional de pesquisadores de ciências da saúde e de ciências humanas de uma universidade pública. Foram avaliados os aspectos textuais do questionário, a viabilidade de sua aplicação pela internet e o tempo necessário para se respondê-lo. Na segunda, o questionário foi testado em uma amostra aleatória de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos de um hospital público e universitário. Avaliaram-se os mesmos aspectos da etapa anterior. Na terceira, promoveu-se estudo multicêntrico mediante a aplicação do questionário em uma amostra não aleatória de profissionais de sete hospitais públicos universitários. Realizou-se análise fatorial confirmatória, avaliação da validade convergente e divergente do modelo proposto, validação por grupos conhecidos e avaliação da consistência interna do questionário. Na quarta etapa, realizou-se análise secundária dos dados quantitativos obtidos na etapa anterior, desta vez com o objetivo de conhecer as opiniões dos sujeitos do estudo sobre a moralidade do abortamento. Empreendeu-se uma análise de regressão linear múltipla para conhecer os determinantes dos construtos do questionário. Os dados qualitativos foram utilizados para ilustrar ou explicar os resultados da análise estatística.

Resultados: 430 sujeitos participaram do estudo (10 no pré-teste, 32 no teste e 388 na etapa multicêntrica). Nas etapas de teste, todos os aspectos avaliados obtiveram resultados satisfatórios. Na etapa multicêntrica, a análise fatorial confirmatória permitiu a redução do questionário de 42 para 32 itens, com bons indicadores de propriedades da medida. A análise das opiniões dos participantes constatou que os construtos liberais tinham escores superiores aos conservadores. O adequado conhecimento das leis sobre o aborto induzido foi o principal determinante dos construtos liberais. A adesão religiosa e a falta de treinamento recente foram os determinantes mais frequentes dos construtos conservadores.

Conclusão: O questionário obteve resultados satisfatórios em todas as etapas de validação propostas e está apto para ser utilizado em outros estudos. Com relação às opiniões avaliadas, os resultados da aplicação do questionário corroboram a hipótese de que a promoção da capacitação de profissionais da saúde poderia contribuir com a redução das barreiras ao abortamento legal e seguro no Brasil.

Palavras-Chaves: Estudos de Validação; Ética do Aborto; Aborto Induzido; Profissional da Saúde; Raciocínio Moral; Bioética.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, provision of safe and legal abortion has often been denied or practiced in a discriminatory manner in public and in private institutions. For several authors, this problem results from the difficulty of healthcare professionals to disassociate the professional practice from their personal values. In this context, it is unknown the existence of specific and valid instruments of evaluation of the morality of abortion by Brazilian healthcare professionals.

Objectives: Evaluate the measurement properties of the questionnaire “Mosaic of Opinions on Induced Abortion” and use it to know the opinions of healthcare professionals on the morality of legal abortion.

Methods: It was carried out a methodological study divided into four stages. In the first stage, the questionnaire was pretested in an intentional sample of health sciences and humanities researchers from a public university. We evaluated the textual aspects of the questionnaire, the feasibility of its application over the internet and the time taken to respond to it. In the second, the questionnaire was tested in a random sample of doctors, nurses, psychologists, social workers and pharmacists from a public and university hospital. The same aspects of the previous stage were evaluated. In the third, a multicenter study was conducted by applying the questionnaire to a non-random sample of professionals from seven public university hospitals. Confirmatory factorial analysis was performed, as well as evaluation of the convergent and divergent validity of the proposed model, validation by known groups and evaluation of the internal consistency of the questionnaire. In the fourth stage, a secondary analysis of the quantitative and qualitative data obtained in the previous stage was performed, this time with the objective of knowing the opinions of the subjects about the morality of abortion. A multiple linear regression analysis was performed to know the determinants of the constructs of the questionnaire. Qualitative data were used to illustrate or explain the results of the statistical analysis.

Results: Considering the samples of all the phases, 430 subjects participated in the study (10 in the pretest, 32 in the test and 388 in the multicenter phase). In the test stages, all evaluated aspects obtained satisfactory results. In the multicenter phase, the confirmatory factor analysis allowed the reduction of the questionnaire from 42 to 32 items, with good indicators of measurement properties. The analysis of the participants’ opinions found that the liberal constructs had scores higher than the conservatives. Adequate knowledge of the laws on induced abortion was the main determinant of liberal constructs. Religious adherence and lack of recent training were the most frequent determinants of conservative constructs.

Conclusion: The questionnaire obtained satisfactory results in all the proposed stages of validation and is apt to be used in other studies. Regarding the opinions evaluated, the results of the application of the questionnaire corroborates the hypothesis that the promotion of the training of healthcare professionals could contribute to the reduction of the barriers to the legal and safe abortion in Brazil.

Keywords: Validation Studies as Topic; Abortion Ethics; Abortion, Induced; Health Personnel; Moral Reasoning; Bioethics.

SUMÁRIO

RESUMO.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUÇÃO.....	11
OBJETIVOS.....	19
Objetivo Geral.....	19
Objetivos Específicos.....	19
MÉTODOS.....	20
O Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido.....	20
Primeira Etapa: Pré-teste do MOSAI.....	22
Segunda Etapa: Teste do MOSAI.....	23
Terceira Etapa: Avaliação das Propriedades da Medida do MOSAI.....	24
Quarta Etapa: Opiniões de Profissionais da Saúde sobre a Moralidade do Aborto Induzido.....	28
Aspectos Éticos.....	30
RESULTADOS.....	31
Artigo 1: Measurement properties of the questionnaire “Mosaic of Opinions on Induced Abortion”: A multicenter study in seven Brazilian hospitals ...	32
Artigo 2: Perspectives of healthcare workers on the morality of abortion: A multicenter study in seven Brazilian public hospitals	53
DISCUSSÃO GERAL.....	77
CONCLUSÃO GERAL.....	84
REFERÊNCIAS.....	85
ANEXOS.....	94
Anexo 1: Versão breve do MOSAI.....	94
Anexo 2: Questionário auxiliar para pré-teste e teste do MOSAI.....	98
Anexo 3: Questionário para caracterização da amostra.....	99
Anexo 4: Parecer CEP nº 1.488.279.....	100
Anexo 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	104
Anexo 6: Comprovante de participação na XXIV Semana da Biologia - UNESP Bauru.....	110
Anexo 7: Comprovante de participação na XII Congresso Brasileiro de Bioética.....	111

1. INTRODUÇÃO

O conhecimento da possibilidade de se extrair o feto do ventre antes de sua viabilidade extrauterina é um fenômeno universal. Frente a um pesquisador que traga o assunto à tona, não há registro de qualquer pessoa que ignore do que se trata ou se espante diante da palavra “aborto” (1). Desde a Antiguidade, são conhecidos diversos métodos para se fazê-lo. Um estudo com 120 obras do mundo greco-romano identificou referências a 56 técnicas distintas de interrupção da gravidez (2)¹, especialmente ervas com efeito abortivo. Conquanto se discuta a segurança desses métodos, sabe-se que muitos deles produziam o efeito desejado (3, 4)². O domínio e uso generalizado de métodos de contracepção e aborto pode, até mesmo, ter contribuído para uma diminuição da paridade no mundo greco-romano (2, 3, 5)³.

O aborto induzido é mencionado no texto do Antigo Testamento⁴ e no Código de Hamurabi⁵. Foi tratado em documentos que remontam ao governo do imperador Shen Nong (há cerca de cinco mil anos) e no Papiro Ebers (com estimados 3500 anos) (4, 6). São abundantes as evidências de sua realização entre assírios (3), persas (7) e hititas (3). Em algumas sociedades tribais, realizavam-no por razões místicas⁶, sociais⁷ ou em função da sobrevivência dos envolvidos⁸ (8). A sua admissibilidade

¹ Dentre elas, as mais citadas envolviam a utilização de algum tipo de droga (77%), que se somavam à execução de golpes no abdômen (12%), à realização de exercícios intensos (4%) e ao uso de instrumentos pontiagudos (7%).

² O uso de pessários com mel e alho, por exemplo, se beneficiava da propriedade estrogênica do *allitridum*, composto natural com propriedades abortivas e espermicidas.

³ Cientificamente controversa, essa hipótese baseia-se na análise radiológica de cicatrizes presentes em esqueletos de mulheres que habitaram a região do Mediterrâneo durante a Antiguidade Clássica.

⁴ “Se alguns homens brigarem, e um ferir uma mulher grávida, e for causa de que aborte, não resultando, porém, outro dano, este certamente será multado, conforme o que lhe impuser o marido da mulher, e pagará segundo o arbítrio dos juízes”. Êxodo (21:22).

⁵ A criminalização do aborto induzido ocorreu, pela primeira vez, por meio do Código de Hamurabi (século XVIII a.C.). Seu artigo 209 estabelecia que, se alguém batesse em uma mulher livre e a fizesse abortar, pagaria 10 ciclos de prata pelo feto. O artigo 2010 previa que, em caso de morte da mulher, o filho do agressor seria morto. Os três artigos seguintes também tratavam do tema do aborto, com diferentes previsões de penas a depender das circunstâncias do abortamento e do estrato social dos envolvidos.

⁶ Como a crença numa suposta possessão demoníaca do feto ou no entendimento de que comer o segundo filho fortaleceria o primeiro.

⁷ Quando a gestação decorre de relações não aceitas socialmente ou de pais que vieram a falecer.

⁸ Como as dificuldades da gravidez numa vida nômade ou a eventual escassez de alimentos.

ética, legal e religiosa, porém, nunca foi ponto pacífico.

Historicamente considerada uma sociedade mais tolerante em relação ao aborto e ao infanticídio, a cultura chinesa, por exemplo, sempre foi marcada por vozes dissonantes em relação ao tema (9, 10). Entre os gregos, tanto Platão (428/427–348/347 a.C.) como Aristóteles (384–322 a.C.) se manifestaram favoravelmente à interrupção voluntária da gravidez como forma de controle demográfico e planejamento familiar (11). Porém, os seguidores de Pitágoras (570–495 a.C.) eram rigorosamente contrários ao aborto, a ponto de proibirem-no apocrifamente no Juramento Hipocrático (11). Em Roma, o jurista Ulpiano (150–223) propunha que o feto, antes de nascer, deveria ser tratado como uma porção das vísceras da mulher⁹ (11). Por outro lado, é conhecido o discurso de Cícero (106–43 a.C.) condenando a prática do aborto¹⁰: em defesa do interesse do pai, da continuidade do seu nome, do sustento da família e do interesse da república (12).

A defesa dos interesses do pai¹¹, aliás, constituía o argumento central daqueles que condenavam a interrupção voluntária da gravidez nas primeiras civilizações. Nesse quadro, as considerações do poeta Ovídio (43 a.C./18 d.C.) sobre a integridade física das mulheres¹² pode ser classificada como uma voz dissonante (11). Não que esses riscos pudessem ser ignorados. Ao contrário, antes do advento da esterilização e da descoberta de anestésicos e de antibióticos eficazes, abortar implicava alto risco de sofrimento físico, morbidade e mortalidade para a mulher (13)¹³. Será apenas ao longo do século XX que a prática poderá se tornar efetivamente segura (6)¹⁴. Mas não menos controversa. Nesse novo cenário, rigorosamente inédito quanto aos

⁹ *Partus enim, antequam edatur, mulieris portio est vel viscerum.*

¹⁰ Cícero discursara em favor da aplicação da pena capital sobre Opianico, que assassinara sua cunhada grávida, levando à morte do feto. O discurso do orador tinha como foco a morte do feto, não à da mulher.

¹¹ Dentre os quais destacava-se a propriedade sobre a prole.

¹² “Firme e inequívoca é a condenação destas mulheres que, por meras preocupações estéticas, atentam contra a sua vida matando com ferros ou fortes venenos as criaturas que trazem consigo, mesmo conscientes dos riscos que correm e da reprovação social. De que serve as jovens ficarem isentas da guerra e não pretenderem seguir, protegidas pelo escudo, as indómitas tropas, se mesmo sem a guerra sofrem feridas das suas setas e armam mãos cegas contra a sua vida”.

¹³ Atualmente, a Organização Mundial da Saúde define aborto inseguro como um procedimento para a interrupção da gravidez realizado por uma pessoa sem a competência técnica necessária e/ou em instalações que não atendam os padrões médicos minimamente aceitáveis. A dificuldade em se estimar o número de abortos inseguros decorre do fato de a maioria deles ocorrer de maneira ilegal e, portanto, sem qualquer registro que possa ser utilizado para o cálculo de taxas de incidência. Não por acaso, “aborto inseguro” e “aborto ilegal” são frequentemente tratados como expressões sinônimas, mas este não será o caso deste trabalho.

¹⁴ Especialmente por meio de técnicas de aspiração e da utilização de drogas prostaglandinas.

mecanismos disponíveis para se abortar, o debate público do tema tem evocado velhos e novos argumentos quanto à licitude de sua prática¹⁵. Nessa miríade de argumentos, talvez já se possa dizer que algumas ideias sobre o tema começam a conquistar maior aceitação social¹⁶, mas não hegemonicamente (14).

Em resumo, não há consenso¹⁷. E é para esse ambiente de profunda controvérsia moral que os profissionais da saúde são transportados quando têm diante de si uma mulher com demanda de abortamento. Inseridos em uma cultura de sacralização do valor da vida, para muitos profissionais a interrupção voluntária da gravidez não pode ser vista, senão, como um crime e pecado. Foi assim com o ginecologista Bernard Nathanson¹⁸. Outrora diretor da maior clínica de abortamentos no mundo, o médico converteu-se à militância pró-vida depois de visualizar, por ultrassom, o procedimento de aspiração intrauterina. Atravessando uma grave crise de consciência, o profissional passou a se ver como um monstro e cogitou o suicídio (15).

Para outros profissionais da saúde, no entanto, a vivência cotidiana do drama do aborto desperta um horror diferente. Foi o caso, por exemplo, do ginecologista Aníbal Faúndes durante seu internato, em Santiago, no Chile:

“Ser testemunha da dor física e psicológica de mulheres jovens e não jovens, ouvir suas histórias, vê-las em agonia durante semanas e ter de vê-las morrer ou sobreviver com graves mutilações foi uma motivação muito forte para que eu dedicasse grande parte da minha vida profissional a buscar um meio de diminuir este sofrimento.” (16)

A residência hospitalar de Don Sloan, na primeira metade do século passado, nos Estados Unidos, também lhe imprimiu cenas assustadoras na memória:

¹⁵ A discussão sobre o momento da animação do feto, por exemplo, pode remeter tanto aos postulados da Igreja Católica como ao pensamento de Aristóteles. Em última instância, trata-se do debate sobre o momento a partir do qual o aborto deve ser considerado moralmente condenável e, portanto, socialmente proibido. Mais do que uma simples querela metafísica, é justamente esse tipo de debate que balizará, nos países que permitem o procedimento, a definição do número máximo de semanas de gestação para se fazê-lo.

¹⁶ Dentre elas, a ideia de que o aborto constitua um problema de saúde pública (nos países que o proíbem) é, muito provavelmente, a mais importante nos setores sociais simpáticos à descriminalização.

¹⁷ Em “O drama do aborto”, Faúndes e Barzelatto evocam o conceito de “overlapping consensus”, de Rawls, para proporem um “consenso básico” sobre o tema, uma espécie de acordo baseado na convergência mínima de valores entre pessoas que, de uma forma geral, discordam uma das outras.

¹⁸ No início da década de 1980, o documentário “The Silent Scream”, de Bernard Nathanson, conquistou notável repercussão ao reproduzir imagens de ultrassom de um procedimento de aspiração.

“As I watched women die in their own blood and pus, I wondered about abortion – how could anyone be desperate enough to do this herself? But they were and they did. They still do. Daily, the streamed into the emergency room, half aborted – and half dead.” (17)

Nesse cenário de múltiplas perspectivas e vivências, alguns autores afirmam que os médicos ginecologistas devem ser naturais defensores da saúde da mulher (18). Para outros, a liderança dos ginecologistas na prevenção do abortamento inseguro e na provisão do acesso a uma saúde sexual e reprodutiva constitui um imperativo profissional e ético (19). Eles podem falar com credibilidade sobre as necessidades médicas das mulheres, bem como sobre as intervenções clínicas capazes de salvar suas vidas ou protegê-las de danos à saúde. Encontram-se em posição privilegiada para identificar e combater a violência doméstica e sexual (20-23), além de possuírem significativo capital social (recursos, contatos e experiência), o que lhes permite um acesso privilegiado às diversas instâncias do poder público e uma especial influência sobre políticos, grupos de elite, mídia e outros profissionais da saúde. Não por acaso, um estudo de base internacional verificou uma correlação positiva entre o número de médicos per capita¹⁹ por nação e o abrandamento da legislação sobre a prática do aborto (14).

No Brasil, a principal lei sobre a interrupção voluntária da gravidez está descrita no Código Penal, sancionado há quase 80 anos, em dezembro de 1940 (24). O Código considera que provocar aborto é crime contra a vida, sendo passível de pena de detenção de um a dez anos tanto para a gestante que o tiver provocado ou consentido com sua prática, como também para o terceiro que, com ou sem o consentimento da mulher, o tiver realizado; o procedimento somente não é punido em situações em que não houver outro meio para se salvar a vida da mulher (aborto necessário), bem como naqueles casos em que a gravidez decorrer de violência sexual (aborto humanitário) (25, 26). As interrupções realizadas por quaisquer outros motivos não encontram respaldo ou escusa absolutória no Código Penal, configurando, desse modo, práticas criminosas, inclusive em situações de malformações fetais incompatíveis com a vida extrauterina, exceto se a vida da gestante estiver em risco em virtude da má formação (26), ou em situações de anencefalia fetal.

¹⁹ Os pesquisadores avaliaram a proporção de médicos por mil habitantes e compararam, historicamente (1969-2009), a evolução desse indicador e a ocorrência de mudanças na legislação sobre o aborto induzido.

Especificamente com relação à anencefalia, embora não haja uma lei que regule claramente esse tema, em 2012 os ministros do Supremo Tribunal Federal julgaram não ser criminosa a antecipação terapêutica do parto quando o feto for anencefálico (27).

Embora permitido para as situações supracitadas desde 1940, foi somente na década de 1980 que o Estado brasileiro começou a regulamentar a provisão de assistência médica para mulheres com demanda de aborto legal. No ano de 1984, como resposta às pressões de movimentos feministas, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que incorporou, como princípios e diretrizes, a integralidade e a equidade da atenção à saúde da mulher (28, 29). A partir de 1998, o Ministério da Saúde passou a publicar uma série de normas técnicas sobre o funcionamento dos serviços de atenção ao abortamento, preconizando a oferta de uma atenção humanizada e multiprofissional à mulher, seja para a realização do abortamento legal, seja para o tratamento de complicações de interrupções inseguras (30)²⁰. A essas normas, somaram-se, em 2013, o Decreto Presidencial nº 7.958, bem como a Lei nº 12.845, que versavam sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual²¹. Além disso, em 2017, o Ministério da Saúde lançou o Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, visando, dentre outros objetivos, à oferta de aspiração manual intrauterina para todos os casos de aborto, bem como à disponibilização de DIU de cobre como método contraceptivo pós-abortamento²².

A despeito desse amplo marco regulatório, o acesso ao abortamento legal não se encontra plenamente garantido às mulheres brasileiras. Afirma-se que, nos serviços de referência, impera um regime de constante suspeição à narrativa da mulher sobre o estupro: sua palavra não é suficiente para o acesso ao procedimento, sendo-lhe

²⁰ A Norma Técnica para “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes” recebeu sua segunda edição em 2005 e, a terceira, em 2012.

²¹ Com essas medidas, buscou-se garantir que os hospitais disponibilizassem atendimento emergencial, integral e multidisciplinar às vítimas de estupro, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes da relação não consentida, incluindo a oferta da chamada “profilaxia da gravidez”.

²² Cumpre acrescentar que, no plano internacional, o Brasil é signatário da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo, de 1994, e da Conferência Mundial sobre a Mulher, promovida em Beijing, em 1995. Embora não mencionem explicitamente o direito ao aborto, essas Conferências reconhecem como princípios norteadores da assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres a liberdade, a igualdade e a dignidade da pessoa humana, rejeitando qualquer forma de discriminação ou restrição de acesso.

necessário provar-se vítima da agressão e apresentar traços subjetivos que a caracterizem como tal (31). Um estudo constatou que aproximadamente 33% das mulheres que buscam tratamento para complicações de interrupções ilegais são submetidas a pelo menos uma forma de atenção considerada discriminatória, incluindo julgamentos morais, procedimentos médicos não consentidos, violação da privacidade, ameaças de denúncia à polícia, negligência no controle da dor e longa espera pela curetagem uterina (32). Muitas vezes, não se oferecem orientações quanto aos procedimentos realizados ou à contracepção pós-aborto (33), ou, ainda, exigem-se documentos não previstos por lei (como boletim de ocorrência e exame de corpo de delito) (34). O cenário nem sempre é melhor nos hospitais e clínicas particulares, sobre os quais há relato do tratamento desumano de pacientes, inclusive por meio da realização de procedimentos dolorosos sem o uso de analgesia (35).

Embora não existam estatísticas oficiais sobre o tema no Brasil, sabe-se que alguns profissionais alegam objeção de consciência diante de mulheres com demanda de abortamento legal até mesmo quando não há outro profissional disponível para atendê-las. É oportuno reconhecer, no entanto, que o fenômeno da objeção de consciência não é uniforme, seja em relação a suas causas, seja em relação a suas formas de manifestação. Com relação às causas, a objeção pode expressar um legítimo impedimento ético ou religioso do profissional em relação ao procedimento (36), mas, não raramente, consiste em uma estratégia de proteção contra o estigma social a que estão sujeitos os médicos que se dispõem a realizar o aborto (37). No que diz respeito a sua manifestação, um estudo realizado na Colômbia levou à tipologia de pelo menos três tipos de objetores: os extremos se negam a realizar o aborto e a orientar a paciente sobre outros profissionais que possam fazê-lo, além de as censurarem pela decisão de abortar; os moderados não realizam o procedimento, mas respeitam a decisão da mulher e as referenciam a outros profissionais; já os parciais podem ou não realizar o abortamento, a depender da idade gestacional e de outros aspectos circunstanciais relevantes (38).

Para muitos autores, o ambiente moral controverso é uma causa importante dos obstáculos encontrados pelas mulheres brasileiras com demanda de abortamento legal ou de tratamento de complicações de interrupções inseguras (32, 39, 40). Refere-se, por exemplo, que a disposição de prover essa assistência é significativamente menor entre os médicos religiosos, o que evidencia a necessidade

de se discutir não apenas os aspectos legais do aborto induzido, mas também as questões morais que ele suscita (41). Para isso, em diferentes países têm sido desenvolvidos questionários que, de algum modo, avaliam o fenômeno da opinião pública sobre a moralidade do aborto. Por exemplo, em Gana e Zâmbia, desenvolveu-se uma escala de avaliação das crenças sobre mulheres que abortam (42). No México, organizou-se um estudo de base populacional para validar um instrumento de avaliação do estigma social do aborto induzido (43). E, no Brasil, foi criado o Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (MOSAI) (44).

Criado por pesquisadores da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UICAMP), o MOSAI é um questionário que apresenta uma série de dilemas morais sobre mulheres que estão considerando a possibilidade de abortar. Deste ponto em diante, esses dilemas serão mencionados pela expressão “vinheta”, ou seja, uma narrativa compacta de uma situação real ou fictícia, redigida de modo a eliciar informações sobre as percepções, opiniões ou conhecimentos dos respondentes sobre algum fenômeno que se pretende estudar (45). As vinhetas presentes no MOSAI se baseiam em situações de aborto necessário, humanitário e de anencefalia, todas elas relatadas pela literatura científica, documentários e notícias, conforme descrito em estudo anterior (44). Após ler cada uma dessas vinhetas, o respondente é solicitado a utilizar uma escala de concordância para avaliar um conjunto de itens com afirmações sobre o tema. No dilema sobre anencefalia, por exemplo, um item afirma que “Sociedades que respeitam os direitos sexuais e reprodutivos de seus cidadãos permitem o aborto em casos de anencefalia”. Ao mesmo tempo, outro item defende que “Se decidir interromper a gravidez, é possível que Jussara sofra futuramente por se sentir arrependida”. Conforme descrito em estudo anterior, cada um desses itens foi elaborado sob a pretensão de refletir determinado padrão de raciocínio moral sobre o tema do aborto, como, por exemplo, a noção de sacralidade da vida e o entendimento de que o acesso ao aborto legal e seguro deve ser tratado como um direito sexual e reprodutivo (44). Portanto, ao responder o questionário, o sujeito do estudo permite que se avalie, quantitativamente, sua adesão a cada um dos diferentes padrões de raciocínio moral que constituem o rico debate público sobre o tema.

Diferentemente dos questionários criados em outros países (42, 43), o MOSAI foi desenvolvido para avaliar, especificamente, as opiniões de profissionais da saúde,

característica que pode beneficiar a investigação das barreiras para a provisão do aborto legal no Brasil. Embora essa temática já tenha sido investigada por outros estudos nacionais (46-48), seus métodos são predominantemente qualitativos, não se identificando na literatura instrumentos nacionais que permitam conhecer com maior amplitude as perspectivas morais sobre o assunto (34). Em estudo anterior, foi descrito o processo de construção do questionário e de validação de seu conteúdo por um painel de especialistas (das áreas do direito, medicina, enfermagem, bioética e estatística) (44). Entretanto, o MOSAI ainda carece da avaliação de suas propriedades da medida para que se possa utilizá-lo para conhecer as opiniões de profissionais da saúde sobre a moralidade do aborto.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Avaliar as propriedades da medida do questionário MOSAI e utilizá-lo para conhecer as opiniões de profissionais da saúde brasileiros.

2.2. Objetivos Específicos

- Pré-testar e testar o MOSAI em uma amostra de profissionais da saúde brasileiros;
- Avaliar as propriedades da medida (confiabilidade composta e as validades convergente, discriminante e por grupos conhecidos) do MOSAI;
- Utilizar o MOSAI para conhecer as opiniões de profissionais da saúde brasileiros sobre a moralidade do aborto induzido.

3. MÉTODOS

O presente trabalho foi desenvolvido em quatro etapas sequenciais e interdependentes, cada uma delas empregando abordagem metodológicas próprias, de modo a permitir o cumprimento dos objetivos propostos. Antes de descrever cada etapa, é oportuno explicitar o referencial teórico empregado na criação do MOSAI.

3.1. O Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido

O MOSAI foi concebido como um instrumento de avaliação de padrões de raciocínio moral relacionados ao tema do aborto induzido. O conceito de “raciocínio moral” remete à chamada “Teoria do Desenvolvimento Moral”, proposta, inicialmente, por Jean Piaget (1896-1980) e aprimorada, mais tarde, por Lawrence Kohlberg (1927-1987) (49, 50). Por meio de uma longa série de estudos empíricos, essa teoria estabeleceu o paradigma segundo o qual o desenvolvimento cognitivo correlaciona-se positivamente com o desenvolvimento moral. Isso significa, por exemplo, que crianças tendem a demonstrar uma capacidade de raciocínio moral inferior à dos adultos. Do mesmo modo, pessoas com maior coeficiente intelectual tendem a demonstrar maior capacidade de raciocínio moral.

Cumprе esclarecer que “raciocínio moral” não é sinônimo de “decisão moral”, mas apenas uma de suas etapas (51). Na verdade, toda decisão moral resulta da concatenação de quatro etapas: 1) detecção do problema moral, 2) produção de um raciocínio moral, 3) balanceamento de eventuais princípios em choque e 4) tomada da ação moral. Nesse quadro, o raciocínio moral refere-se a qualquer julgamento relacionado ao domínio moral, isto é, a qualquer raciocínio que envolva princípios tais como justiça, equidade, beneficência, maleficência, autonomia e dignidade, dentre outros. Como se sabe, esses princípios podem ser aplicados a dilemas de

ordem pessoal, bem como sobre aqueles de interesse público (52). Dentre os diversos instrumentos criados desde a década de 1970 com o objetivo de expandir a compreensão do fenômeno do raciocínio moral, os chamados “Moral Judgment Test” (53) e o “Defining Issues Test” (54) têm sido os mais utilizados²³. O uso de questionários fechados para avaliação do raciocínio moral possibilitou uma considerável ampliação dos tamanhos amostrais utilizados nessas pesquisas, atingindo patamares operacionalmente inviáveis para pesquisas qualitativas.

Inspirado no “Defining Issues Test”, o MOSAI foi desenvolvido para atender a demanda por uma investigação empírica, ao mesmo tempo, abrangente e aprofundada das opiniões de profissionais da saúde sobre a moralidade do aborto. A versão original do questionário (anterior à validação de conteúdo) era constituída de sete vinhetas sobre pessoas considerando a possibilidade de abortar. Essas vinhetas versavam sobre as principais demandas por IVG segundo a classificação médica oficial: eugênica, terapêutica, seletiva e voluntária. O número de vinhetas foi reduzido para seis durante a etapa de validação de conteúdo, conforme descrito em estudo anterior (44). Já no presente trabalho, utilizamos apenas a versão breve do MOSAI, que contém vinhetas estritamente relacionadas às situações em que o aborto é permitido por lei no Brasil: aborto necessário, aborto humanitário e feto anencefálico²⁴.

Conforme mencionado na Introdução do presente trabalho e em estudo anterior (44), no MOSAI, após cada vinheta, foram inseridos itens (frases afirmativas) que deveriam ser classificados mediante uma escala do tipo Likert com 5 níveis, indo de “concordo muito” a “discordo muito”. Cada item representa alguns dos principais argumentos utilizados no debate sobre o tema, ou seja, alguns dos principais padrões de raciocínio moral relacionados ao debate do aborto. Eles foram identificados por

²³ Esses instrumentos avaliam o nível de desenvolvimento moral dos participantes a partir das respostas que eles dão para uma série de dilemas morais hipotéticos. Esse nível é expresso por meio de uma escala com seis estágios hierárquicos. Os quatro mais básicos correspondem a formas heteronômicas de julgamento moral, uma vez que ocorrem em termos de: obediência ou medo de autoridade externa (estágio 1), autossatisfação (estágio 2), respeito às expectativas sociais (estágio 3) e obediência à Lei (estágio 4). Por sua vez, os dois níveis superiores são caracterizados por uma forma de pensar autônoma: o estágio 5 é marcado por uma orientação utilitarista e procura construir um consenso (ao invés de obediência cega às leis estabelecidas) para obter o melhor resultado possível para a sociedade; O sexto e o mais alto está guiado por princípios éticos abstratos, pretensamente imparciais e universais, como o imperativo categórico kantiano.

²⁴ Algumas das vinhetas do MOSAI foram inspiradas no documentário “O Aborto dos Outros”, de Carla Gallo (Brasil, 2008).

meio da técnica de análise temática de conteúdo de artigos, livros, páginas da internet, revistas, jornais e filmes sobre o assunto. Para introduzir esses argumentos, utilizou-se a técnica denominada de “fragment strategy”, que consiste em redigir cada frase como se fosse a forma condensada de um argumento, em vez de sua estrutura lógica completa (54-57). Inicialmente, o MOSAI possuía 14 padrões de argumentos: 7 favoráveis ao direito ao abortamento e 7 contrários (58).

3.2. Primeira Etapa: Pré-teste do MOSAI

Esta etapa teve delineamento metodológico e visava a avaliar os aspectos textuais do questionário (clareza da redação e presença de eventuais erros gramaticais ou ortográficos), o tempo necessário para respondê-lo e a viabilidade de sua aplicação via internet. Empregou-se a versão breve do MOSAI, que, como mencionado anteriormente, contém apenas as vinhetas sobre mulheres com demanda de interrupção legal da gravidez (Anexo 1). Além do próprio MOSAI, os sujeitos do estudo foram convidados a responder um questionário auxiliar (Anexo 2), que lhes permitiu expressar suas opiniões sobre o MOSAI. Esse questionário possuía questões abertas e fechadas, para que os participantes avaliassem o MOSAI com suas próprias palavras. Usou-se, ainda, um questionário para caracterização da amostra, com dados sobre idade, sexo, profissão, religião e situação marital (Anexo 3). Todos os instrumentos foram enviados por e-mail às pessoas que consentiram com a participação da pesquisa. Esse e-mail continha um link que direcionava o respondente para um formulário do portal Lime Survey, onde os questionários estavam hospedados.

A amostra foi do tipo intencional, definida segundo a capacidade dos sujeitos de contribuírem com a avaliação crítica do instrumento. Para isso, foram selecionados pesquisadores com histórico de desenvolvimento de questionários, além de profissionais com capacitação em filosofia e em ciências da saúde. O tamanho amostral foi definido por saturação (59), ou seja, deixou-se de convidar novos sujeitos quando se percebeu que as novas respostas não acrescentavam informações diferentes em relação ao que já havia sido coletado. O estudo foi realizado na

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no Campus do município de Campinas, no interior do estado de São Paulo.

Os dados coletados foram submetidos a análise estatística descritiva, utilizando-se indicadores de frequência para cada um dos aspectos avaliados (gramática e ortografia, funcionamento do questionário online, facilidade de uso, compreensão do texto e satisfação em relação ao tempo necessário para responder o questionário). Pretendia-se submeter os dados qualitativos a uma análise temática de conteúdo, mas os campos para respostas abertas foram pouco utilizados pelos participantes.

3.3. Segunda Etapa: Teste do MOSAI

Feitas as correções e ajustes identificados como necessários na etapa de pré-teste, passou-se ao teste do MOSAI em uma amostra de profissionais presumivelmente semelhante àquela que responderia a versão final do instrumento. Para isso, foram convidados médicos(as), enfermeiros(as), farmacêuticos(as), psicólogos(as) e assistentes sociais. Tratou-se de uma amostra aleatória, selecionada a partir da relação de servidores do Hospital da Mulher Prof. Dr. J. A. Pinotti-Caism/Unicamp. A aleatorização foi realizada com o software SPSS versão 20. Quando ocorria alguma recusa para ingresso no estudo, um novo sujeito era selecionado aleatoriamente. O tamanho amostral foi definido em 32 sujeitos, conforme intervalo recomendado pela literatura para esse tipo de estudo (60).

Semelhantemente à etapa anterior, o teste do MOSAI visava a avaliar os aspectos textuais do questionário (clareza da redação e presença de eventuais erros gramaticais ou ortográficos), o tempo necessário para responde-lo e a viabilidade de sua aplicação via internet. Novamente, empregou-se a versão breve do MOSAI, que contém apenas as vinhetas sobre mulheres com demanda de interrupção legal da gravidez (Anexo 1). Além do próprio MOSAI, os sujeitos do estudo foram convidados a responder um questionário auxiliar (Anexo 2), que lhes permitiu expressar suas opiniões sobre o MOSAI. Esse questionário possuía questões abertas e fechadas, para que os participantes avaliassem o MOSAI com suas próprias palavras. Usou-se, ainda, um questionário para caracterização da amostra, com

dados sobre idade, sexo, profissão, religião e situação marital (Anexo 3). Todos os instrumentos foram respondidos pela internet, exatamente como na etapa anterior.

A análise de dados foi operacionalizada da mesma maneira que na etapa anterior. Realizou-se análise estatística descritiva por meio de indicadores de frequência para cada um dos aspectos avaliados. Pretendia-se submeter os dados qualitativos a uma análise temática de conteúdo, mas os campos para respostas abertas foram pouco utilizados pelos participantes.

3.4. Terceira Etapa: Avaliação das Propriedades da Medida do MOSAI

Finalizadas as etapas de testagem do questionário, passou-se à avaliação de suas propriedades da medida. Neste ponto, cumpre esclarecer que o presente estudo se utiliza da terminologia estabelecida pela iniciativa COSMIN (COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments), segundo a qual a expressão “propriedades da medida” refere-se ao conjunto de indicadores de confiabilidade, validade e responsividade de um determinado instrumento (61). Uma vez adotada essa definição, a avaliação das propriedades da medida do MOSAI foi realizada por meio de estudo multicêntrico, mediante a aplicação do questionário em uma amostra não aleatória de profissionais de sete hospitais públicos universitários. Os sujeitos do estudo foram selecionados por conveniência nos seguintes centros coparticipantes:

1. Hospital da Mulher do Recife
2. Hospital Maternidade Assis Chateaubriand
3. Hospital das Clínicas de Porto Alegre
4. Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná
5. Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí
6. Hospital Estadual de Sumaré
7. Hospital da Mulher Prof. Dr. J. A. Pinotti-Caism/Unicamp.

Essas instituições foram selecionadas a partir da relação de Hospitais participantes da Rede Brasileira de Saúde Reprodutiva e Perinatal, criada como uma rede de cooperação científica para vigilância da morbidade materna grave (62). Assim como na etapa de teste, foram incluídos médicos(as), enfermeiros(as), farmacêuticos(as), psicólogos(as) e assistentes sociais²⁵. Utilizou-se o cálculo amostral para análise fatorial proposto por Hair e colaboradores, que sugerem uma razão de cinco respondentes por item da escala e um mínimo de 100 sujeitos para a análise (63). Como as três vinhetas da versão breve do MOSAI eram acompanhadas de 14 fragmentos cada²⁶, a amostra mínima do estudo era de 210 sujeitos. Novamente, todos os instrumentos foram aplicados pela internet e utilizou-se um questionário auxiliar para a caracterização dos participantes.

Como medida de controle de qualidade, foram removidos da análise todos os questionários com pelo menos um fragmento sem resposta ou respondido com a opção “não sei”. Embora existam técnicas consagradas de tratamento de “missing data” (as quais permitem, por exemplo, a substituição de questões em aberto por médias parametrizadas²⁷ para a amostra do estudo (64)), optou-se por não lançar mão desse tipo de recurso, uma vez que a falta de resposta para uma determinada questão moralmente controversa pode refletir não uma falha de preenchimento, mas uma efetiva dúvida do sujeito do estudo frente ao fragmento proposto.

Os dados coletados foram submetidos a uma análise fatorial confirmatória. Mas, antes disso, os fragmentos que compunham os MOSAI foram reorganizados em oito construtos, utilizando-se, para isso, da técnica de análise temática de conteúdo (59). Conforme descrito em estudo anterior, originalmente o questionário possuía 14 construtos e uma medida de atenção (44). Além do fato de que, desta vez, foi utilizada a versão breve do questionário, a redução do número de construtos considerou que uma análise estatística não seria capaz de identificar as nuances que diferenciavam cada um dos 14 construtos inicialmente propostos.

²⁵ A inclusão de todas essas categorias leva em conta o princípio de atenção multiprofissional preconizado pelas Normas Técnicas do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção a mulheres em situação de abortamento.

²⁶ Após a realização dos procedimentos de avaliação das propriedades da medida do questionário, o número total de fragmentos para as três vinhetas reduziu-se de 42 para 32.

²⁷ Algumas dessas técnicas permitem, por exemplo, substituir os valores em branco pela média das respostas dadas por outros sujeitos do estudo que possuam as mesmas características, como escolaridade, religião, idade, profissão, etc. Esse recurso é denominado “imputação de dados”.

O processo de reagrupamento consistiu, em primeiro lugar, na separação os fragmentos em dois grupos de raciocínios: um liberal e um conservador, que constituíram a primeira camada de construtos latentes do MOSAI. Na sequência, foram agrupados quatro construtos entre os raciocínios liberais, bem como quatro construtos entre os raciocínios conservadores. Desse modo, chegou-se ao total de oito construtos, que constituíram a segunda camada de construtos latentes, conforme Quadros 1 (conservadores) e 2 (liberais).

Após a reorganização desses construtos, passou-se à análise das propriedades da medida do MOSAI. Para isso, realizou-se análise fatorial confirmatória por meio do software Smart PLS 2.0. Assumiu-se a hipótese de que o questionário possuía uma estrutura fatorial de segunda ordem, ou seja, uma estrutura organizada através de duas camadas de construções latentes (63), como explicado anteriormente. A composição dessas camadas seguiu o chamado “critério a priori”, usado quando o número de fatores já é conhecido (63).

Foram utilizados modelos de equações estruturais como método de estimação, considerando mínimos quadrados parciais. A análise do modelo fatorial compreendeu duas etapas: análise da validade convergente e discriminante do modelo proposto. No caso de análise convergente, inicialmente obtivemos os resultados da variância extraída média (AVE) para cada um dos fatores do modelo. Os valores de AVE acima de 0,5 indicaram foram considerados satisfatórios, conforme recomenda a literatura (63). Posteriormente, avaliaram-se os valores das cargas fatoriais entre os itens e seus respectivos fatores, assumindo que os itens com resultados inferiores a 0,5 seriam candidatos para deixar o modelo fatorial, também conforme a literatura (63).

A validade discriminante foi avaliada, primeiramente, pelo critério de Fornell-Larcker (65). Este método compara a raiz quadrada dos AVEs com os valores de correlação entre os fatores. O modelo tem validade discriminante se as raízes quadradas dos AVEs forem superiores às correlações entre os fatores. A validade discriminante também foi avaliada por meio de uma análise de “cross loadings”. Observou-se se a carga fatorial de um determinado item foi maior em seu fator do que nos outros fatores.

Para obter a consistência interna do questionário, calculou-se a confiabilidade composta, considerando que valores acima de 0,7 seriam satisfatórios, conforme a literatura (63). A validação por grupos conhecidos foi realizada comparando-se os escores MOSAI entre sujeitos religiosos e não religiosos, por meio do teste não-paramétrico de Mann-Whitney (66) – a hipótese implícita era a de que os sujeitos religiosos seriam mais conservadores que os não religiosos. Em todas as análises, o nível de significância estatística foi estabelecido em 5% (66).

Quadro 1. Definição dos construtos de orientação moral conservadora em relação ao aborto induzido.

Construtos	Definição
Repercussões Psicossociais do Abortamento	Apelo aos possíveis efeitos psicológicos do aborto, ou à aprovação ou reprovação familiar de ter um aborto. Em certo sentido, esse construto emprega um referencial ético-filosófico utilitarista de escopo privado, uma vez que o valor moral da ação resulta da expectativa de prazer ou sofrimento que ela pode gerar.
Apelo Emocional Conservador	Uso de expressões e imagens chocantes (como “assassinato” e “crueldade”) ou pela equiparação do feto a uma criança nascida. Outra estratégia consiste na equiparação do profissional que realiza o aborto a um assassino, açougueiro ou outra expressão depreciativa.
Sacralidade da Vida	Argumento de que o aborto é sempre moralmente condenável, uma vez que sua realização implica, necessariamente, na eliminação de uma vida. Esse argumento pode ter uma fundamentação religiosa ou filosófica. Neste caso, a inviolabilidade da vida poderá ser fundamentada na noção de potencialidade.
Deontologia Conservadora	Argumento de que os pais têm um dever moral de proteger o nascituro, ou de que o aborto é errado se, para realizá-lo, a mulher mentiu sobre ter sido estuprada. Esse construto também questiona a moralidade do aborto humanitário com base na ideia de que muitas mulheres são estupradas por se colocarem em situação de risco.

Quadro 2. Definição dos construtos de orientação moral liberal em relação ao aborto induzido.

Construtos	Definição
Autonomia da Mulher	Argumento de que as mulheres devem ter o direito de decidir se abortam ou mantêm a gravidez, de acordo com seus próprios valores e interesses. O conceito de autonomia ocupa posição central neste construto.
Apelo Emocional Liberal	Uso de expressões e imagens chocantes com o objetivo de defender o direito ao aborto, como “tortura” e “assassinato” da mulher. Mais do que uma estratégia argumentativa, esse construto tem o objetivo de convencer o interlocutor por meio de recursos que afetem suas emoções.
Direitos Sexuais e Reprodutivos	Argumento segundo o qual a criminalização do aborto viola os direitos fundamentais da mulher e provoca um problema de saúde pública. Este padrão de raciocínio moral compartilha o referencial ético expresso pelas Declarações Universais dos Direitos Humanos (França 1948 e Áustria, 1993), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (México, 1975), a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Egito, 1994) e a Conferência Mundial sobre a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz (China, 1995), entre outros.
Exame do Estatuto Moral do Nascituro	Argumento de que o nascituro não possui um estatuto moral (pelo menos em algumas circunstâncias, como nos estágios mais iniciais da gravidez) ou de que a sua vida não tem um caráter sagrado. Uma das características centrais desse construto é a tentativa de estabelecer uma linha clara a partir da qual o feto passaria a ter um estatuto moral relevante.

3.5. Quarta Etapa: Opiniões de Profissionais da Saúde sobre a Moralidade do Aborto Induzido

Para conhecer as opiniões dos profissionais da saúde sobre a moralidade do aborto, realizou-se análise secundária dos dados coletados para avaliação das propriedades da medida do MOSAI. Por tratar-se de um estudo secundário, os centros participantes, os critérios de inclusão, o tamanho amostral, a técnica de amostragem e os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram os mesmos do estudo original, conforme descrito na etapa anterior. Entretanto, como o objetivo desta etapa era diferente daquele da etapa anterior, adotou-se uma nova estratégia de controle de qualidade, bem como um método próprio de análise dos dados.

Neste estudo, foram excluídos da análise apenas os sujeitos que não tivessem respondido a pelo menos dois fragmentos por construto do questionário, fosse deixando-os em branco, fosse utilizando a opção “não sei”. Realizou-se análise quanti-qualitativa, com primazia dos dados quantitativos e incrustação dos dados qualitativos para exemplificação ou explicação dos dados quantitativos, conforme Creswell (67).

Com relação à análise quantitativa, a descrição da amostra foi realizada por meio de estatística descritiva, empregando-se médias e desvios-padrões. As associações entre os construtos do MOSAI e as variáveis de caracterização da amostra (idade, sexo, religião, profissão, situação marital, participação em treinamento recente²⁸ e nível de conhecimento sobre as situações de aborto permitidas por lei²⁹) foram avaliadas por meio de análise de regressão linear múltipla com transformação Box-Cox nas variáveis dependentes. Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade da distribuição residual, verificando-se que essa distribuição não era normal (68).

Finalmente, os dados qualitativos foram submetidos a uma análise temática de conteúdo (59), pela qual se identificaram diferentes temas, ora com orientação conservadora, ora com orientação liberal: comunicação entre os profissionais e a paciente; reflexões sobre o papel do estado em relação à questão do aborto induzido; a autonomia do casal; a autonomia da mulher; exame do estatuto moral do feto; argumentos do tipo “ladeira escorregadia”; heteronomia da vida; repercussões psicossociais do abortamento; autonomia profissional versus responsabilidade legal; planejamento familiar; apelo emocional conservador; culpabilização da mulher; cultura do estupro; aborto inseguro e justiça social. Uma vez que os dados qualitativos foram utilizados apenas para explicar ou exemplificar os dados quantitativos, boa parte das categorias supracitadas não foi utilizada no presente estudo³⁰.

²⁸ Participação do sujeito do estudo em treinamento, nos últimos cinco anos, para atendimento de mulheres em situação de abortamento.

²⁹ Perguntou-se aos sujeitos do estudo quais das situações a seguir tinham possibilidade de interrupção legal da gravidez no Brasil: quando a gravidez é resultado de estupro; quando a manutenção da gravidez põe em risco a vida da gestante; quando o feto é anencefálico; quando o feto não é do sexo desejado pelos pais; quando a gravidez é indesejada pela mulher; quando a família não tem condições financeiras de manter a criança; quando o feto é portador da Síndrome de Down; sempre que o tempo de gestação é inferior a 12 semanas; sempre que o feto pesa menos de 500 gramas; em nenhuma situação; em qualquer situação.

³⁰ Considerando-se o grande volume de informações disponíveis e a relevância desses dados para o conhecimento das opiniões dos profissionais da saúde sobre o problema do aborto induzido, pretende-se desenvolver novo estudo secundário para divulgar as categorias não utilizadas no presente trabalho.

3.6. Aspectos Éticos

Todas as etapas aqui descritas respeitaram a Declaração de Helsinque, além de seguirem a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (parecer 1.488.279, Anexo 4). Todos os sujeitos consentiram com a participação no estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5). Para garantir a confidencialidade, excluímos da análise de dados os nomes do sujeito ou qualquer outra variável que pudesse identificá-los.

4. RESULTADOS

A presente pesquisa resultou na produção de dois artigos. O primeiro deles, denominado *Measurement properties of the questionnaire “Mosaic of Opinions on Induced Abortion”: A multicenter study in seven Brazilian hospitals*, descreve as etapas de pré-teste, teste e avaliação das propriedades da medida do MOSAI.

O segundo, denominado *Perspectives of healthcare workers on the morality of abortion: A multicenter study in seven Brazilian public hospitals*, refere-se à análise secundária de dados empreendida para se conhecer as opiniões de profissionais da saúde sobre a moralidade do aborto induzido.

Além desses dois artigos, ocorreram duas participações em eventos científicos. A primeira delas, intitulada “Aspectos históricos e debate contemporâneo sobre a prática do aborto induzido”, foi a palestra de abertura da XXIV Semana da Biologia - UNESP Bauru, realizada em 24 de abril de 2017, na cidade de Bauru (SP).

A segunda participação foi a apresentação de um pôster com o tema “A moralidade do aborto induzido segundo os profissionais da saúde brasileiros”, no XII Congresso Brasileiro de Bioética, realizado em Recife entre os dias 26 e 29 de setembro de 2017, no Hospital IMIP, em Recife (PE).

Os comprovantes de participação em cada um desses eventos seguem como Anexos 6 e 7 desta tese.

4.1. Artigo 1

Title: Measurement properties of the questionnaire “Mosaic of Opinions on Induced Abortion”: A multicenter study in seven Brazilian hospitals

Authors: Denis Barbosa Cacique ^a; Renato Passini Junior ^a, Maria José Martins Duarte Osis ^a, Henrique Ceretta Oliveira ^b, Kátia Melissa Padilha ^c, Ricardo Porto Tedesco ^d, Janete Vettorazzi ^e, Denis José Nascimento ^f, Pedro Ribeiro Coutinho ^g, Isabela C. Coutinho ^h, Francisco Edson de Lucena Feitosa ⁱ.

^a Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas School of Medicine, Brazil; ^b University of Campinas Nursing School, Brazil; ^c Woman’s Hospital Prof. Dr. J. A. Pinotti-CAISM, Brazil; ^d University Hospital - Medical School of Jundiaí, Brazil; ^e Hospital of Clinics of Porto Alegre (HCPA) – UFRGS, Brazil; ^f Hospital of Clinics of Federal University of Paraná, Brazil; ^g Sumaré State Hospital-UNICAMP, Brazil; ^h Woman’s Hospital of Recife, Brazil; ⁱ Maternity School Assis Chateaubriand, Brazil.

Comprovante de Submissão:

21-Nov-2017

Dear Dr. Cacique:

Your manuscript entitled "Measurement properties of the questionnaire "Mosaic of Opinions on Induced Abortion": A multicenter study in seven Brazilian hospitals" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista da Associação Médica Brasileira.

Your manuscript ID is RAMB-2017-0475.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/ramb-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/ramb-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista da Associação Médica Brasileira.

Sincerely,
Revista da Associação Médica Brasileira Editorial Office

Title: Measurement properties of the questionnaire “Mosaic of Opinions on Induced Abortion”: A multicenter study in seven Brazilian hospitals

Abstract

In Brazil, abortion is legal in cases of rape, risk of dying to the pregnant woman and fetal anencephaly. However, the literature reports that some healthcare professionals refuse to care of women with such demands, or come to perform it in a discriminatory manner. Objective: Pretest, test and evaluate the measurement properties of the “Mosaic of Opinions on Induced Abortion”, a questionnaire developed to investigate the perspectives of Brazilian healthcare professionals about the morality of abortion. Methods: Firstly, the questionnaire was pretested in an intentional sample of specialists. Secondly, it was tested in a randomized sample of 32 healthcare professionals. Finally, we conducted a multi-center study in seven university hospitals to evaluate the measurement properties of the questionnaire. Results: Combined samples of the three phases totalized 430 individuals. In pretest and test, all the evaluated aspects obtained satisfactory results. In the multicenter phase, confirmatory factorial analysis led to an important reduction of the questionnaire, which also obtained good indicators of reliability, beyond the validation of construct and of criteria. Conclusion: Questionnaire has been validated and is suitable for using in other surveys in Brazil.

Keywords: Validation Studies; Abortion, Induced; Attitude of Health Personnel; Moral Reasoning; Ethics.

Título: Propriedades da medida do questionário “Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido”

Resumo: No Brasil, o aborto induzido é permitido por lei em casos de estupro, risco de morte para a gestante e anencefalia fetal. Entretanto, a literatura relata que alguns profissionais da saúde recusam atender mulheres com tais demandas, ou o fazem de maneira discriminatória. Objetivo: Pré-testar, testar e avaliar as propriedades da medida do “Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido”, um questionário para investigar as perspectivas de profissionais da saúde brasileiros sobre a moralidade do aborto. Métodos: Primeiramente, o questionário foi pré-testado em uma amostra intencional de especialistas. Em segundo lugar, foi testado em uma amostra aleatória de 32

profissionais da saúde. Finalmente, conduziu-se um estudo multicêntrico em sete hospitais universitários para avaliar as propriedades da medida do questionário. Resultados: Combinadas, as amostras das três fases totalizaram 430 sujeitos. No pré-teste e no teste, todos os aspectos avaliados obtiveram resultados satisfatórios. Na fase multicêntrica, a análise fatorial confirmatória levou a uma importante redução do questionário, que também obteve bons indicadores de confiabilidade, além da validade de construto e de critério. Conclusão: O questionário foi validado e encontra-se apto para ser utilizado em outras pesquisas no Brasil.

Palavras-chave: Estudos de Validação; Atitudes de Profissionais da Saúde; Raciocínio Moral; Ética.

Introduction

Although permitted by the Penal Code of 1940, access for legal abortion is still problematic in Brazil, especially when the pregnancy results from rape. In some reference services, prevails a regime of constant suspicion about the veracity of woman's narrative on rape: her narrative is not sufficient for getting access to the procedure, being necessary to prove herself as a victim of aggression and to present subjective traits that characterize her as such (Diniz *et al.*, 2014). Obstruction to legal abortion also occurs through the obligation to present a series of documents not required by law, such as police reports, forensic reports, and court orders (Madeiro and Diniz, 2016). Frequently, the patient receives no guidance on the procedures performed or on the care that will be needed after the procedure, such as subsequent contraception (Menezes and Aquino, 2009). A survey of 19 women who had aborted in private clinics found that they were exposed to a condition of total vulnerability and human rights violations, such as the submission to painful medical procedures without anesthesia, like curettage and vacuum suction (Silveira *et al.*, 2016).

Although safe, effective and inexpensive abortion techniques have been well known for many decades, health care professionals (HCP) lack an adequate knowledge of laws and norms around the theme, such as the misconception about the need to denounce the woman with signs of illegal interruption (Cacique *et al.*, 2013a; Madeiro and Diniz, 2016). Alongside the inefficient knowledge of legislation on the subject, the provision of abortion care constitutes a great ethical challenge to HCP. Even in cases where it is

permitted by law, “the concept that it is a crime carries a stigma that is worse than that associated with other acts qualified by law as crimes” (Faúndes and Miranda, 2017).

In this context, we created the questionnaire “Mosaic of Opinions on Induced Abortion” (abbreviated in Portuguese by the acronym “MOSAI”)¹ to extend the knowledge on how Brazilian HCP think the morality of abortion (Cacique *et al.*, 2013b). This questionnaire contains three vignettes about women considering interrupting the pregnancy. Those vignettes are based on the situations in which abortion is allowed in Brazil: necessary abortion (when there is a risk of dying to the woman), humanitarian abortion and anencephalic fetus. After these vignettes, MOSAI presents some short affirmative phrases (hereinafter referred to as “items”) based on patterns of views on the morality of abortion, which must be classified by means of a concordance scale.

Although other studies have investigated the moral perspectives of Brazilian HCP on abortion, their methods were exclusively qualitative, which means that their samples had only a few number of professionals (Cacique *et al.*, 2013a). On the other hand, MOSAI is predominantly quantitative and can be applied on large samples. Similar scales of evaluation of the morality of abortion have been elaborated in some countries with restrictive laws on its practice (Shellenberg *et al.*, 2014; Sorhaindo *et al.*, 2016), but they are intended to be used by people in general (not only by HCP) and are not validated to the specificities of the Brazilian context. Thereby, since the MOSAI already have obtained the content validation by an expert panel (Cacique *et al.*, 2013b), the objective of this study was pretest, test it and evaluate its measurement properties. The present study uses the terminology established by the COSMIN initiative (COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments), according to which the term “properties of the measure” refers to a set of quality indicators of an instrument, including validity (content, criteria and construct), reliability and responsiveness (Scholtes *et al.*, 2011).

Methods

Study design, sampling and questionnaire

¹ We provide the MOSAI questionnaire as supplementary material for this article, both in Portuguese (validated final version) and in English (non-validated version).

It was performed a methodological study comprised by three interlinked phases. In all of them, we applied the questionnaire online by means of the Lime Survey website. All the subjects received the link to MOSAI via e-mail, after they were personally invited by the researchers and consented with being included in the study. Instead of using the complete version of MOSAI, we used the three vignettes about legal demands of abortion: necessary, humanitarian and fetal anencephaly. The questionnaire's complete version has six vignettes and, beyond the demands mentioned above, includes cases of social abortion, contraceptive failure and fetus with trisomy 21 (Cacique *et al.*, 2013b). With respect to the factorial structure of the questionnaire, MOSAI was created with 14 constructs (Cacique *et al.*, 2013b). However, in the present study, since we used its brief version, we reassemble these 14 constructs into eight new constructs. The process of regrouping consisted in the separation of items characterized by a liberal or a conservative moral alignment regarding the possibility of someone performing an abortion. This process resulted in the two large groups of items, the Liberal and the Conservative. After that, we formed eight subgroups of items, four liberals and four conservatives, as defined below:

1. Psychological Aftereffects of Abortion (PAA): Appeal to the possible psychological aftereffects of abortion, or to the familiar approval or disapproval of having an abortion. Although the relationship between post-traumatic stress and abortion is questioned in some studies (Steinberg and Rubin, 2014), in Brazil, a study found that women in situations of abortion had a higher prevalence of depression (Nomura *et al.*, 2011).
2. Conservative Emotional Appeal (CEA): Use of shocking expressions and images (like “murder” and “cruelty”) or by the equalization of the fetus and the embryo to a born child.
3. Sacredness of Life (SOL): Argument that abortion is always morally reprehensible, either because human life is sacred (even in the more initial stages), or because the fetus are potential people.
4. Conservative Deontology (CDE): Argument that parents have a moral duty to protect the fetus, or that abortion is wrong if the woman lies about having been raped (to have access to legal abortion), or if she supposedly had any kind of behavior that could be considered risky for rape (by people who agree with this reasoning).

5. Women's Reproductive Autonomy (WRA): Argument that women should have the right to decide whether to abort or not, according to her own values and interests. The concept of autonomy occupies a central position in this construct.
6. Liberal Emotional Appeal (LEA): Invocation of shocking expressions and images in favor of the right to induce an abortion, like "torture" and "assassination" of the mother.
7. Sexual and Reproductive Rights (SRR): Argument that the denial of abortion care violates women's fundamental human rights and promotes a public health problem.
8. Fetal Personhood Problematization (FPP): Argument that the human unborn does not have a moral status (at least in some circumstances) or that its life is not sacred.

Testing Phases

MOSAI was pre-tested in an intentional sample of researchers in health sciences and humanities from the State University of Campinas (UNICAMP). Using some auxiliary questions presented in the end of MOSAI, we evaluated: 1) The presence of wording errors; 2) The questionnaire functionality; 3) Its ease of using; 4) Its content comprehensibility; and 5) The satisfaction with the necessary time to answer it. Subjects also could freely write about the evaluated aspects in an open through an open question. Sample size was defined by the saturation of the qualitative data.

The test phase was developed in the "Woman's Hospital Prof. Dr. J. A. Pinotti-CAISM", which belongs to the UNICAMP. We employed a version of MOSAI containing changes identified as necessary during the pre-test. Even so, the objective of this phase was to reevaluate the same aspects evaluated before. The sample was randomly selected (by means of the software SPSS 20) from the list of physicians, nurses, psychologists, social workers and pharmacists of the hospital. Sample size was defined in 32 subjects, in accordance to the recommendation for questionnaire tests (Johanson and Brooks, 2009).

The Multicenter Phase

After the testing phases, we conducted a multi-center study aiming to evaluate the measurement properties of MOSAI. This stage of the research was conducted in seven hospitals selected from the Brazilian Network of Reproductive and Perinatal Health (Cecatti *et al.*, 2015), namely: 1. Woman's Hospital of Recife; 2. Maternity School Assis

Chateaubriand; 3. Hospital of Clinics of Porto Alegre; 4. Hospital of Clinics of Federal University of Paraná; 5. University Hospital of the Jundiaí Medical School; 6. Sumaré State Hospital-UNICAMP; and 7. Woman's Hospital Prof. Dr. J. A. Pinotti-CAISM). Sample was constituted of physicians, nurses, psychologists, social workers and pharmacists, selected by a convenience sampling method. We adopted the sample size calculation for factor analysis proposed by Hair *et al.*, who suggest a ratio of 5 respondents per item of the scale and a minimum of 100 items in total (Hair *et al.*, 2009). To ensure a better quality of the data collected, we removed all the questionnaires answered incompletely or which had at least one item answered with the "do not know" option.

Measurement properties validation was performed by means of a Confirmatory Factorial Analysis (CFA) with the software Smart PLS 2.0. Our hypothesis was that the questionnaire had a second order factorial structure, that is, a structure organized through two layers of latent constructs (Hair *et al.*, 2009). Composition of these layers followed the so-called "a priori criterion", used when the number of factors is already known (Hair *et al.*, 2009). The first layer has two great constructs: Liberal and Conservative orientations. The second layer contains the eight patterns described previously.

Analysis of the factorial model comprised two steps: analysis of the convergent and discriminant validity of the proposed model. In the case of convergent analysis, initially we obtained the results from the mean extracted variance (AVE) for each of the model factors. AVE values higher than 0.5 indicate were considerate satisfactory (Hair *et al.*, 2009). Subsequently, we evaluated the values of factorial loads between the items and their respective factors, assuming that items with results lower than 0.5 were candidates to leave the factorial model (Hair *et al.*, 2009). Discriminant validity was first evaluated by the Fornell-Larcker criterion (Fornell and Larcker, 1981). This method compares the square root of the AVEs with the correlation values between the factors. The model has discriminant validity if the square roots of the AVEs are higher than the correlations between the factors. Discriminant validity was also evaluated by means of a cross loadings analysis. It was observed whether the factorial load of a given item was higher in its factor than in the other factors. To obtain the internal consistency of the questionnaire, we calculated the composite reliability, considering that values above 0.7

would be satisfactory (Hair *et al.*, 2009). Finally, validation by known groups was performed by comparing MOSAI scores between religious and non-religious subjects, by means of the non-parametric test of Mann-Whitney (Pagano and Gauvreau 2004). Our hypothesis was that, compared to non-religious subjects, religious subjects would have higher scores in the conservatives constructs. In all analyzes, the level of statistical significance was set at 5% (Pagano and Gauvreau 2004).

Ethical Aspects

This project was reviewed and approved by Research Ethics Committee of the State University of Campinas (UNICAMP), as well as by the Institutional Review Board of each site enrolled in the multi-center phase. Before enrolment, an individual Informed Consent form was electronically signed by each subject after understanding and accepting the study conditions. To assure the confidentiality, we excluded from the data analysis the subject's names or any other variable that could identify them.

Results

Testing

Questionnaire was pre-tested in a sample of 10 subjects, six women and four men. The mean age was 39.0 years (max. 51.0 and min. 29.0). Subjects had a degree in Philosophy (1), Letters (1), Statistics (4), Social Sciences (2), Pharmacy (1) and Biology (1). As shown in Table 1, no participant reported technical difficulties with the questionnaire, but a spelling error was identified and corrected. One subject reported that it was necessary to restart the questionnaire, due to an error in his browser. Both the "ease of use" and the "writing comprehensibility" were classified as "easy" or "very easy" by most of the subjects. Most the sample classified the time spent as moderately satisfactory. After pre-test, the corrected version of MOSAI was tested in a sample of 32 HCP. They were 25 women and 7 men, distributed among the following professional categories: Physicians (12), Nurses (11), Social Workers (3), Pharmacists (3) and Psychologists (3). The mean age was 39.7 years (max. 56.0 and min. 23.0). Catholicism was the most common religion among the participants (17), followed by Spiritism (7) and Protestantism (3). The others subjects stated that they were atheists or not religious (5). Almost all participants evaluated positively the grammatical, spelling, online functionality, ease of use and comprehensibility of MOSAI, as shown in Table 1. Time

required to answer it received the lowest classification among all the evaluated aspects, but none classified it as “bad” or “very bad”.

Measurement properties validation

Initial sample for statistical validation consisted of 388 subjects: 133 were excluded because answered at least one item with the “do not know” option and 133 were excluded because they did not respond to at least one questionnaire item. Once the exclusion criterion was applied, the final sample consisted of 123 subjects. As shown in Table 2, most of the subjects were women (66.7%), the mean age was 38.0 years (max. 69.0 min. 21.0), the most common religion was Catholicism (57.1%) and the main marital status was married (57.9%). Almost 80.0% of the sample was post-graduated and 78.1% were physicians, most of them specialized in gynecology and obstetrics. Approximately half of the sample worked in general hospitals and half of them in hospitals specialized in women's health.

First step of CFA was the exclusion of item Q11 (Abortion should be based on a reliable diagnosis of anencephaly, that is, the certainty that the unborn child will never have a future), which had a negative load in the proposed construct. To obtain the convergent validity, we excluded the items Q20 (It is psychologically difficult for a health care professional to have to terminate the pregnancy of a healthy fetus) and Q08 (Women who interrupt pregnancy in cases of anencephaly may be under pressure from their partners), which low factorial loads caused their respective constructs to have AVEs lower than 0.50 – after these procedures, all constructs obtained AVEs greater than 0.50, as shown in Table 3.

To obtain the discriminant validity, we applied the Fornell-Larcker criteria and removed the items Q5 (If the Federal Supreme Court had not authorized abortion in cases of anencephaly, women like Jussara would recourse to illegal abortion), Q09 (The laws that regulate life in society cannot be based on religious beliefs of specific groups), Q16 (The high mortality rates for pregnant women with this disease justify abortion to protect the mother's life), Q29 (The right to abortion in rape cases is an important way to combat maternal mortality), Q35 (Marina must keep in mind that life is sacred regardless of how it was generated), Q36 (Legal abortion in cases of rape frees the victims of the horror of carrying a life generated in an act of terrible violence) and Q38

(Discontinuation of a healthy fetus's pregnancy can be considered a form of violence against the weakest).

Once these adjustments were made, the final model was composed of 32 items, whose constructs and respective factor loads are shown in Table 4. In the next step, we calculated the composite reliability. As shown in Table 3, all the constructs obtained scores higher than 0.70. To obtain the validation of criteria, we observed that religious group presented higher scores in most of the constructs with conservative orientation arguments; In contrast, non-religious group presented higher scores in two liberal-oriented domains (p -value <0.05). These results are shown in Table 5.

Discussion

Testing

In testing stages, all the evaluated aspects obtained satisfactory results. Although the time spent has obtained the lowest rating among all aspects, no subject classified it as “bad” or “very bad”. This is an important result, since the quality of filling in questionnaires tends to be inversely proportional to the time required to answer it (Galesic and Bosnjak, 2009). Very long questionnaires may tire the subjects and compromise the uniformity of responses.

Most of the respondents rated the use of the questionnaire over the internet as “easy” or “very easy”. Digital methods for data collection have some advantages over traditional methods: they broaden the sample range, reduce costs and eliminate the environmental damages associated to printing papers. However, the use of traditional questionnaires is still the preferred method for certain groups of people. One study found that the response rate for digital questionnaires was lower than for questionnaires printed in a group of physicians (Terrível *et al.*, 2013). Nevertheless, it is argued that such preferences may be related to characteristics of the sample, especially schooling and age of the participants, as such that the collection method (online or paper) may be indifferent to the quality of the data obtained (Davidov and Depner, 2011).

Measurement properties validation

CFA led to an important reduction of the questionnaire and to an increase of the indicators of composite reliability, convergent validity and divergent validity. Shorter

instruments have great advantages both in clinical practice and research: they do not require excessive interviewer time, reduce the burden of response and are beneficial when administered as part of a multipurpose battery of different questionnaires or when repeat assessments are required (Prieto *et al.*, 2003). Shorter versions of scales achieve a higher acceptability in the population, including better response rates and lower rates of missing data (Grossi *et al.*, 2006). Although widely recognized as beneficial, it is recommended that researchers carefully examine the effects of each item removal on the construct content validity (Hair *et al.*, 2014). In this study, we removed 10 items from the questionnaire applied. Item Q11 was the only exclusion due to a negative factorial load. Originally bound to construct SOL, this phrase was conceived as a conservative statement regarding the right to abortion. However, the statistical analysis evidenced that its formulation had been ambiguous, leading to a liberal interpretation. The low (but positive) factor loads of items Q8 and Q20 resulted from a different problem. Both do not appear to have been formulated ambiguously, but they pointed to narrative elements that were not addressed by any other part of the questionnaire: the husband of the pregnant woman and the health care professional.

Items Q5, Q09, Q16, Q29, Q35, Q36 and Q38 were excluded because they presented high correlation with domains other than those to which they belonged, compromising the discriminating validity. Items Q5 and Q29 called for an implicit idea: that women necessarily undergo unsafe abortion when the procedure is prohibited by law. This notion is clearly erroneous. For instance, a recent study noted that some women choose to maintain their pregnancies even in cases of sexual abuse, a condition for which abortion is permitted under Brazilian law (Godoy, 2015). Item Q16 formulation was problematic too. It suggested that Eisenmenger syndrome is highly incidental, but we meant to say that, in pregnancy, it is associated with high mortality rates, from 30 to 50% (Borges *et al.*, 2008). However, these estimates may be outdated. Although pregnancy is still discouraged in women with this syndrome, nowadays it is known that the use of sildenafil as monotherapy may allow stabilization of maternal condition and improve clinical outcomes for both mother and baby (Cartago *et al.*, 2014).

It was not surprising the need to exclude item Q38. Inspired by a dissident line of traditional feminist thinking, this item assumes that “a woman involuntary pregnant has a moral obligation to the now-existing dependent fetus whether she explicitly consented

to it or not” (Callahan, 2004). Self-called “pro-life feminism”, this atypical perspective on the ethics of abortion was probably perceived by the sample as strange, modifying the expected pattern of response.

On the other hand, it was quite surprising that the correlation of item Q09 was greater outside than inside its construct. This item deals explicitly with the theme of secularity, which is one of the central ideas of the SRR construct. According to this argument, “religion should be a matter of private ethics, and public policies should not be based on religious mystics concerning welfare” (Diniz, 2013). It should be noted that more than 80% of our sample considered themselves as religious, 68% of them with a Judeo-Christian orientation. That is, the unexpected response pattern may have been influenced by this important sample trait.

Despite the predominance of religious subjects, item Q35 also had to be excluded according to the Fornell-Larcker criterion. This item argues in favor of the sacredness of life, the idea that any form of human life has an intrinsic and sacred value. However, it should be noted that, even for a predominantly religious group, the unrestricted prohibition of abortion rights can be rejected, especially in cases such as sexual abuse. On the other hand, it does not mean that the same group would agree with a theatrical appeal in favor of the right to abortion, like the content of item Q36.

The relation between religiosity and abortion morality was used to obtain the validation by known groups. According to studies conducted in Brazil and other Latin American countries (Ogland and Verona, 2011; Hoga *et al.*, 2013; Palermo *et al.*, 2015; Sorhaindo *et al.*, 2016), religious groups (especially Catholics and Protestants) show strong opposition to the right to abortion, a result also observed in the present study, which endorses the criterion validity of MOSAI. In addition to the opposing to liberal arguments, we observed that the religious group showed close acceptance of conservative arguments, including those characterized by an emotional appeal.

Conclusion

MOSAI has been validated and is suitable for using in other surveys with HCP in Brazil. To be applied in other countries, its translation from the Portuguese language should be validated cross-culturally.

References

- BORGES, V. T. M. et al. Síndrome de Eisenmenger na gravidez. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 90, n. 5, p. e40-e41, 2008.
- CACIQUE, D. B.; PASSINI JUNIOR, R.; OSIS, M. J. M. D. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. **Saúde Soc.**, v. 22, n. 3, p. 916-936, 2013a.
- _____. Validação de conteúdo do Mosaico de Opiniões sobre o Aborto Induzido (Mosai). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 59, n. 6, p. 576-582, 2013b.
- CALLAHAN, S. Pro-life Feminism. In: GENSLER, H. J.; SPURGIN, E. W. S., *et al* (Ed.). **Ethics: Contemporary Readings**. New York, NY: Routledge - Taylor & Francis Group, 2004. (Routledge Contemporary Readings in Philosophy).
- CARTAGO, R. S.; ALAN, P. A.; BENEDICTO, J. Pregnancy outcomes in patients with severe pulmonary hypertension and Eisenmenger syndrome treated with sildenafil monotherapy. **Obstet Med**, v. 7, n. 1, p. 40-2, 2014.
- CECATTI, J. G. et al. Experience with the Brazilian Network for Studies in Reproductive and Perinatal Health: the power of collaboration in postgraduate programs. **Rev Col Bras Cir**, v. 42 Suppl 1, p. 89-93, 2015.
- DAVIDOV, E.; DEPNER, F. Testing for measurement equivalence of human values across online and paper-and-pencil surveys. **Quality & Quantity**, v. 45, n. 2, p. 375-390, 2011.
- DINIZ, D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1704-1706, 2013.
- DINIZ, D. et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Rev. bioet.**, v. 22, n. 2, p. 291-298, 2014.
- FAÚNDES, A.; MIRANDA, L. Ethics surrounding the provision of abortion care. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, (Ahead of Print), 2017.
- FORNELL, C.; LARCKER, D. F. Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. **J. Mark. Res.**, v. 18, n. 1, p. 39-50, 1981.

GALESIC, M.; BOSNJAK, M. Effects of Questionnaire Length on Participation and Indicators of Response Quality in a Web Survey. **Public Opin Q**, v. 73, n. 2, p. 349-360, 2009.

GODOY, C. L. M. D. **Experiences of women who suffered sexual violence and requested legal abortion**. 2015. (Phd). Departamento de Tocoginecologia, Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP.

GROSSI, E. et al. Development and validation of the short version of the Psychological General Well-Being Index (PGWB-S). **Health Qual Life Outcomes**, v. 4, p. 88, 2006.

HAIR, J. et al. **A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)**. California: Sage Publications Ltda., 2014.

HAIR, J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. 6. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HOGA, L. A. et al. Religiosity and sexuality: counseling provided by Brazilian Protestant pastors. **Sex Reprod Healthc**, v. 4, n. 2, p. 57-63, 2013.

JOHANSON, G. A.; BROOKS, G. P. Initial Scale Development: Sample Size for Pilot Studies. **Educ Psychol Meas**, v. 70, n. 3, p. 394-400, 2009.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Legal abortion services in Brazil – a national study. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016.

MEADOWS, K. So you want to do research? 5: Questionnaire design. **Br J Community Nurs**, v. 8, n. 12, p. 562-70, 2003.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. supl.2, p. s193-s204, 2009.

NOMURA, R. M. et al. Depression, emotional and social aspects in the abortion context: a comparison between two Brazilian capitals. **Rev Assoc Med Bras**, v. 57, n. 6, p. 644-50, 2011.

OGLAND, C. P.; VERONA, A. P. Religion and attitudes toward abortion and abortion policy in Brazil. **J Sci Study Relig**, v. 50, n. 4, p. 812-21, 2011.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Thomson, 2004.

PALERMO, T.; INFANTE ERAZO, M.; HURTADO PINOCHET, V. Women's opinions on the legalisation of abortion in Chile 2009-2013. **Cult Health Sex**, v. 17, n. 7, p. 873-90, 2015.

PRIETO, L.; ALONSO, J.; LAMARCA, R. Classical test theory versus Rasch analysis for quality of life questionnaire reduction. **Health Qual Life Outcomes**, v. 1, p. 27-27, 2003.

SCHOLTES, V. A.; TERWEE, C. B.; POOLMAN, R. W. What makes a measurement instrument valid and reliable? **Injury**, v. 42, n. 3, p. 236-40, 2011.

SHELLENBERG, K. M.; HESSINI, L.; LEVANDOWSKI, B. A. Developing a scale to measure stigmatizing attitudes and beliefs about women who have abortions: results from Ghana and Zambia. **Women Health**, v. 54, n. 7, p. 599-616, 2014.

SILVEIRA, P.; MCCALLUM, C.; MENEZES, G. [Personal experiences with induced abortions in private clinics in Northeast Brazil]. **Cad Saude Publica**, v. 32, n. 2, p. e00004815, 2016.

SORHAINDO, A. M. et al. Constructing a validated scale to measure community-level abortion stigma in Mexico. **Contraception**, v. 93, n. 5, p. 421-31, 2016.

STEINBERG, J. R.; RUBIN, L. R. Psychological Aspects of Contraception, Unintended Pregnancy, and Abortion. **Policy Insights Behav Brain Sci**, v. 1, n. 1, p. 239-247, 2014.

TERRÍVEL, J. et al. Conhecimento dos médicos relativo à prescrição de antibióticos e à resistência microbiana: estudo piloto de comparação de questionário online vs papel. **R Epidemiol Control Infect**, v. 3, n. 3, p. 93-98, 2013.

Tables

Table 1. Results of the Pre-test and test of the MOSAI questionnaire

Aspect Evaluated	Study Phase	
	Pre-Test (N=10)	Test (N=32)
Grammar and Spelling		
Not identified errors	8	30
Identified errors	2	1
Missing	0	1
Online Functions		
Not identified errors	9	31
Identified errors	1	1
Ease of Use		
Very Easy	2	14
Easy	7	12
Medium	1	5
Hard	0	1
Very Hard	0	0
Writing Comprehensibility		
Very Easy	3	13
Easy	6	12
Medium	1	5
Hard	0	2
Very Hard	0	0
Time Spent		
Very Good	1	10
Good	3	12
Medium	6	10
Bad	0	0
Very Bad	0	0

Table 2. Description of the sample of health professionals who participated in the evaluation of the MOSAI measurement properties

Information	N	%
Gender		
Female	80	66.67
Male	40	33.33
Age (Mean/SD)	38(\pm 11)	-
Religion		
Religious ¹	97	81.51
Not Religious	22	18.49
Marital Status		
Married or Cohabiting	86	71.07
Single or Divorced	34	28.10
Widower	1	0.83
Schooling		
Postgraduate	85	77.27
Graduate	21	19.09
High School + Technical	4	3.64
Occupation		
Physician (Gyn-Obst)	64	52.03
Nurse	20	16.26
Doctor (Other Specialty)	16	13.01
Resident Doctor ²	16	13.01
Pharmaceutical	4	3.25
Psychologist	2	1.63
Social Worker	1	0.81

¹ Catholicism (68), Spiritism (16), Protestant Religions (12) and Judaism (1).

² Gyn-Obst and other specialties.

Table 3. MOSAI's Average Variance Extracted and Composite Reliability

Constructs	AVE	Composite Reliability
Conservative Constructs		
Psychological Aftereffects of Abortion (PAA)	0,612	0,824
Conservative Emotional Appeal (CEA)	0,586	0,808
Sacredness of Life (SOL)	0,582	0,892
Conservative Deontology (CDE)	0,522	0,813
Liberal Constructs		
Women's Reproductive Autonomy (WRA)	0,622	0,891
Liberal Emotional Appeal (LEA)	0,627	0,770
Sexual and Reproductive Rights (SRR)	0,634	0,912
Fetal Personhood Problemization (FPP)	0,531	0,771

Table 4. MOSAI's final factors loadings matrix.

Item	Constructs							
	PAA	CEA	SOL	CDE	WRA	LEA	SRR	FPP
Q30	0,844	0,477	0,503	0,475	-0,423	-0,233	-0,349	-0,346
Q14	0,820	0,333	0,492	0,382	-0,393	-0,251	-0,341	-0,309
Q23	0,672	0,317	0,332	0,261	-0,214	-0,141	-0,154	-0,128
Q04	0,439	0,809	0,584	0,472	-0,530	-0,466	-0,481	-0,356
Q32	0,388	0,803	0,590	0,449	-0,553	-0,231	-0,490	-0,373
Q17	0,281	0,678	0,529	0,457	-0,397	-0,319	-0,443	-0,190
Q19	0,443	0,594	0,827	0,502	-0,567	-0,379	-0,581	-0,373
Q22	0,403	0,544	0,826	0,531	-0,618	-0,486	-0,686	-0,414
Q06	0,417	0,568	0,784	0,495	-0,713	-0,433	-0,629	-0,501
Q31	0,515	0,663	0,778	0,621	-0,633	-0,346	-0,587	-0,474
Q02	0,358	0,512	0,722	0,479	-0,604	-0,411	-0,541	-0,412
Q27	0,491	0,500	0,618	0,528	-0,318	-0,306	-0,340	-0,289
Q40	0,284	0,386	0,450	0,769	-0,308	-0,281	-0,310	-0,355
Q41	0,410	0,470	0,483	0,737	-0,427	-0,217	-0,333	-0,358
Q01	0,420	0,589	0,622	0,736	-0,624	-0,390	-0,478	-0,395
Q28	0,265	0,206	0,402	0,641	-0,211	-0,211	-0,123	-0,190
Q39	-0,419	-0,614	-0,630	-0,495	0,830	0,460	0,649	0,494
Q34	-0,402	-0,462	-0,538	-0,450	0,821	0,442	0,635	0,551
Q13	-0,393	-0,603	-0,680	-0,535	0,795	0,520	0,612	0,489
Q10	-0,316	-0,434	-0,619	-0,418	0,774	0,413	0,550	0,439
Q25	-0,243	-0,434	-0,533	-0,357	0,718	0,483	0,606	0,381
Q07	-0,252	-0,404	-0,453	-0,408	0,517	0,855	0,547	0,438
Q15	-0,171	-0,288	-0,358	-0,185	0,405	0,723	0,378	0,316
Q12	-0,306	-0,548	-0,715	-0,434	0,729	0,513	0,851	0,549
Q26	-0,343	-0,518	-0,645	-0,340	0,675	0,561	0,851	0,455
Q33	-0,322	-0,537	-0,624	-0,415	0,625	0,414	0,840	0,506
Q42	-0,385	-0,517	-0,544	-0,353	0,634	0,434	0,794	0,572
Q21	-0,138	-0,358	-0,455	-0,301	0,505	0,492	0,758	0,337
Q18	-0,268	-0,444	-0,532	-0,322	0,500	0,424	0,668	0,306
Q37	-0,323	-0,383	-0,434	-0,380	0,473	0,327	0,428	0,768
Q03	-0,319	-0,277	-0,421	-0,348	0,472	0,474	0,471	0,759
Q24	-0,085	-0,218	-0,316	-0,276	0,352	0,225	0,357	0,653

Table 5. MOSAI's criterion validation by comparison between religious and non-religious groups

Constructs/ Religiosity	Average	SD	Med	p-value*
Psychological Aftereffects of Abortion (PAA)				
Religious (97)	3,23	1,08	3,33	0,7440
Non-Religious (22)	3,12	1,11	3,33	
Conservative Emotional Appeal (CEA)				
Religious (97)	2,36	1,18	2,33	0,0026
Non-Religious (22)	1,56	0,75	1,17	
Sacredness of Life (SOL)				
Religious (97)	2,30	1,06	2,00	0,0003
Non-Religious (22)	1,52	0,64	1,42	
Conservative Deontology (CDE)				
Religious (97)	3,32	1,03	3,25	0,0042
Non-Religious (22)	2,59	0,91	2,50	
Women's Reproductive Autonomy (WRA)				
Religious (97)	4,14	1,03	4,60	0,0147
Non-Religious (22)	4,75	0,33	4,80	
Liberal Emotional Appeal (LEA)				
Religious (97)	3,56	1,14	3,50	0,1429
Non-Religious (22)	3,95	0,97	4,50	
Sexual and Reproductive Rights (SRR)				
Religious (97)	4,26	0,89	4,50	0,0633
Non-Religious (22)	4,67	0,42	4,83	
Fetal Personhood Problematization (FPP)				
Religious (97)	3,33	1,09	3,33	0,0400
Non-Religious (22)	3,85	0,94	3,67	

* Mann-Whitney test.

4.2. Artigo 2

Title: Perspectives of healthcare workers on the morality of abortion: A multicenter study in seven Brazilian public hospitals

Authors: Denis Barbosa Cacique ^a; Renato Passini Junior ^a, Maria José Martins Duarte Osis ^a, Henrique Ceretta Oliveira ^b, Kátia Melissa Padilha ^c, Ricardo Porto Tedesco ^d, Janete Vettorazzi ^e, Denis José Nascimento ^f, Pedro Ribeiro Coutinho ^g, Isabela C. Coutinho ^h, Francisco Edson de Lucena Feitosa ⁱ.

^a Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas School of Medicine, Brazil; ^b University of Campinas Nursing School, Brazil; ^c Woman's Hospital Prof. Dr. J. A. Pinotti-CAISM, Brazil; ^d University Hospital - Medical School of Jundiaí, Brazil; ^e Hospital of Clinics of Porto Alegre (HCPA) – UFRGS, Brazil; ^f Hospital of Clinics of Federal University of Paraná, Brazil; ^g Sumaré State Hospital-UNICAMP, Brazil; ^h Woman's Hospital of Recife, Brazil; ⁱ Maternity School Assis Chateaubriand, Brazil.

Comprovante de Submissão



Dear Dr Cacique:

Your manuscript entitled "Perspectives of healthcare workers on the morality of abortion: A multicenter study in seven Brazilian public hospitals" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Health Care for Women International. Please be aware that our review process typically takes 3 months.

Your manuscript ID is HCW-2017-L-0304.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <https://mc.manuscriptcentral.com/uhcw> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/uhcw>.

Thank you for submitting your manuscript to Health Care for Women International.

Sincerely,
Health Care for Women International Editorial Office

There are now over 1050 Taylor & Francis titles available on our free table of contents alerting service! To register for this free service visit: www.informaworld.com/alerting.

Title: Perspectives of healthcare workers on the morality of abortion: A multicenter study in seven Brazilian public hospitals

Running Head: Perspectives of Brazilian healthcare workers on abortion

Abstract

In this study, the authors used the questionnaire “Mosaic of Opinions on Induced Abortion” to conduct a multi-centered study to evaluate the perspectives of physicians, nurses, social workers, psychologists and pharmacists on the morality of abortion. Final sample was constituted of 254 subjects. The absent of recent training on abortion health care, the inadequate knowledge on abortion laws and the religiosity were the main determinants of the conservative constructs, corroborating the hypothesis that a better understanding of abortion legislation could make healthcare professionals more sensitive to the vision of legal and safe abortion as a sexual and reproductive right.

Keywords: Abortion, Legal; Abortion, Induced; Attitude of Health Personnel; Moral Reasoning; Ethics.

Introduction

Abortion has been considered the most serious bioethical problem by nursing students (Choe, Song, & Kang, 2013) and a great ethical challenge to physicians, particularly in countries with restrictive laws on its practice (Faúndes & Miranda, 2017). That is precisely the case of Brazil, where provision of medical assistance to abortion is legally restricted to three situations: direct risk of dying for the pregnant woman (necessary abortion), pregnancy resulting from sexual violence (humanitarian abortion) and anencephalic fetus. To guarantee the provision of free and safe medical care for such cases, since the end of the 1990s the Federal Government has published a series of norms,

decrees and laws regulating the care of women in situations of abortion in Brazil. Nevertheless, effective provision of abortion care remains precarious, both in public and in private clinics and hospitals.

A study based on interviews with 2,365 women observed that, among those who were hospitalized for complications of abortion, 53% reported some form of violence from HCW, including refusal of information, failure to obtain consent, delay and neglect in assistance, being threatened with prison and verbal abuse (S. G. Diniz, d'Oliveira, & Lansky, 2012). Other study verified that less than 10% of women hospitalized by abortion were discharged with a contraceptive method prescribed (Aquino et al., 2012). Even in some public reference services, prevails a regime of constant suspicion about the veracity of woman's narrative on rape, being necessary to prove herself as a victim of aggression and to present subjective traits that characterize her as such (Debora Diniz, Dios, Mastrella, & Madeiro, 2014).

Obstruction to legal abortion occurs through the obligation to present a series of documents not required by law, such as police and forensic reports, besides court orders, expert external medical opinion or even authorization by institutional ethics committee (D. Diniz, Madeiro, & Rosas, 2014; A. P. Madeiro & Diniz, 2016). A study with ten victims of rape verified that they received either insufficient orientation or none at all in private clinics (Machado, Fernandes, Osis, & Makuch, 2015). Other survey of 19 women who had aborted in private clinics found that they were exposed to a condition of total vulnerability and human rights violations, such as the submission to painful medical procedures without anesthesia, such as curettage and vacuum manual aspiration (Silveira, McCallum, & Menezes, 2016).

For several authors, problems such as these are strongly related to the moral convictions

of the HCW (Cacique, Passini Junior, & Osis, 2013a; D. Diniz et al., 2014; Farias & Cavalcanti, 2012; Streffing, Lunardi Filho, Kerber, Soares, & Ribeiro, 2015). In this context, research on the moral reasoning related to abortion could support, in Brazil and other countries, the discussion of more effective public health policies to promote women's reproductive rights. For this, scales of evaluation of the morality of abortion have been elaborated in some countries with restrictive laws on its practice, like Ghana and Zambia (Shellenberg, Hessini, & Levandowski, 2014), Mexico (Sorhaindo, Karver, Karver, & Garcia, 2016) and Brazil (Cacique, Passini Junior, & Osis, 2013b). Unlike the others, the Brazilian questionnaire (known as "Mosaic of Opinions on Induced Abortion" or "MOSAI")¹ was specifically validated for HCW, which may give it greater precision in the investigation of the abortion drama in Brazilian health services. In this context, the objective of this study was to evaluate the moral judgment of Brazilian HCW on the abortion issue.

Methods

Study design and sampling

We developed a secondary analysis of quantitative and qualitative data collected for the validation of the MOSAI questionnaire (in press). This was a multicenter study, developed in seven hospitals, distributed among three of the five Brazilian regions: Northeast (Woman's Hospital of Recife and Maternity School Assis Chateaubriand); South (Hospital of Clinics of Porto Alegre and Hospital of Clinics of Federal University of Paraná); and Southeast (University Hospital of the Jundiaí Medical School, Sumaré State Hospital-UNICAMP and Woman's Hospital Prof. Dr. J. A. Pinotti-CAISM). They

¹ We provide the MOSAI questionnaire as supplementary material for this article, both in Portuguese (validated final version) and in English (non-validated version).

were selected from the list of Hospitals linked to the Brazilian Network of Reproductive and Perinatal Health, created as a network of scientific cooperation for the surveillance of severe maternal morbidity (Cecatti, Silveira, Souza, Fernandes, & Surita, 2015).

Sample was constituted of physicians, nurses, psychologists, social workers and pharmacists, selected by a convenience sampling method. We adopted the sample size calculation for factor analysis proposed by Hair et al, who suggest a ratio of 5 respondents per item of the scale and a minimum of 100 items in total (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009). Considering that the MOSAI is constituted by 32 items, sample size should have at least 160 subjects.

Questionnaire and data collecting

Inspired by the structural model of the questionnaire Defining Issues Test (Rest, Narvaez, Thoma, & Bebeau, 1999), MOSAI contains three vignettes about women considering to interrupt their pregnancy. Those vignettes are based on the three situations in which abortion is allowed in Brazil. Each vignette is followed by some short affirmative phrases based on eight patterns (constructs) of moral reasoning related to abortion, which must be classified by means of an ordinal scale with five levels, from “strongly agree” to “strongly disagree”. In brief, these constructs can be defined as follows:

1. Psychosocial Repercussions of Abortion (PRA): Appeal to the possible psychological aftereffects of abortion, or to the familiar approval or disapproval of having an abortion.
2. Conservative Emotional Appeal (CEA): Use of shocking expressions and images (like “murder” and “cruelty”) or by the equalization of the fetus and the embryo to a born child.

3. Sacredness of Life (SOL): Argument that abortion is always morally reprehensible, either because human life is sacred (even in the more initial stages), or because the fetus are potential people.
4. Conservative Deontology (CDE): Argument that parents have a moral duty to protect the fetus, or that abortion is wrong if the woman lies about having been raped (to have access to legal abortion), or if she supposedly had any kind of behavior that could be considered risky for rape (by people who agree with this reasoning).
5. Women's Reproductive Autonomy (WRA): Argument that women should have the right to decide whether to abort or not, according to her own values and interests. The concept of autonomy occupies a central position in this construct.
6. Liberal Emotional Appeal (LEA): Invocation of shocking expressions and images in favor of the right to induce an abortion, like "torture" and "assassination" of the mother.
7. Sexual and Reproductive Rights (SRR): Argument that the denial of abortion care violates women's fundamental human rights and promotes a public health problem.
8. Fetal Personhood Problematization (FPP): Argument that the human unborn does not have a moral status (at least in some circumstances) or that its life is not sacred. This construct tries to find a criterion to define the moment in which a living being can be considered to have a moral status.

We used the Lime Survey website to apply the questionnaire online. All the subjects received the link to MOSAI via e-mail, after they were personally invited by the researchers and consented with being included in the study. We applied a sociodemographic questionnaire to characterize the study sample. We also used a parallel

questionnaire (with correct and incorrect affirmatives) to verify if the HCW had an adequate knowledge about the legality of abortion in Brazil.

Data analysis

This study used mixed methods with concomitant collection, primacy of the quantitative approach and encrusted design (Creswell, 2009). That is, quantitative and qualitative data were collected simultaneously, but firstly we performed the quantitative data analysis and, after that, we used the qualitative data to explain or to illustrate the statistical results.

All subjects who did not respond to at least two items per construct were excluded from the analysis, either by excess of blank answers or by excessive use of the “do not know” option. All statistical tests were performed using SAS software version 9.4, adopting the significance level of 5%, that is, $P < 0.05$ (Pagano & Gauvreau 2004).

Association between the MOSAI scores and the descriptive data of the sample (age, sex, religion, profession, marital status, recent training and legal knowledge on abortion) was assessed by means of a multiple linear regression analysis with Box-Cox transformation in the dependent variable. By using the Kolmogorov-Smirnov test, it was found that the residual distribution wasn't normal (Tabachnick & Fidell, 2001).

Ethical Aspects

The research project was reviewed and approved by Research Ethics Committee of the State University of Campinas (protocol CEP / UNICAMP number 1,488,279), as well as by the Institutional Review Board of each site enrolled in the multi-center phase. Before enrolment, an individual Informed Consent form was electronically signed by each subject after understanding and accepting the study conditions. To assure the

confidentiality, we excluded from the data analysis the subject's names or any other variable that could identify them.

Declaration of Interest

The authors certify that they have no affiliations with or involvement in any organization or entity with any financial or non-financial interest in the subject matter or materials discussed in this manuscript.

Results

Initial sample was constituted of 388 subjects, from which 134 were excluded because did not answer the questionnaire enough for the calculation of all eight constructs. As shown in Table 1, average sample age was 39 years old. Most of the subjects were women, physicians, self-declared religious and lived with a partner (married or cohabitating). Less than 30% of the subjects had been trained on abortion health care over the last five years before the study. As shown in Table 2, most of the sample could recognize all the situations in which abortion is illegal in Brazil. However, almost 14% of them did not identified the fetal anencephaly as a situation in which the procedure is legal. A similar proportion did not recognize the risk of dying for the pregnant woman as a legal demand for abortion.

The mean scores of the constructs are shown in Table 3. The liberal constructs obtained mean scores higher than those of the conservative constructs. The FPP construct obtained the highest score and the lowest standard deviation among all the others. Among all the constructs, the lowest scores were obtained by the constructs CEA and SOL, both conservatives. The eight constructs of MOSAI showed a statistically significant association with different characteristics of the sample, hereinafter referred to as

“determinants”. As shown in Table 4, the main determinants of conservative’s constructs were: adherence to some religion, inadequate knowledge of abortion laws, lack of training on abortion care and marital status equal to married. Religious adherence was the determinant present in the largest number of conservative constructs: CEA, SOL and CDE. Having inadequate knowledge on abortion laws and not having been recently trained on abortion care have the same effect in these three constructs. In the case of SOL moral reasoning, an association with the nursing profession was also verified. Still according to Table 4, having an adequate knowledge of abortion laws was the determinant of most of the liberal-oriented constructs: WRA, LEA and SRR. Being religious presented negative relation with WRA and FPP. More than men, women have shown greater adherence to arguments that seek to deny the moral status of the fetus, that is, arguments that seek to defend that the unborn has an intrinsic right to life. On the other hand, being a nursing professional has an opposite effect with this same construct, that is, nursing professionals tend to reject the idea that the unborn has no intrinsic right to life.

Discussion

Abortion as a Sexual and Reproductive Right

When HCW judge if some demand for abortion is morally acceptable or not, the concept most evoked by them is the one that access to safe and legal abortion constitutes (at least in the situations presented by MOSAI) a sexual and reproductive right. The high score obtained by the SRR construct suggest that most of HCW evaluates the abortion issue aligned with the contemporary ethical conscience expressed in the universal declarations of human rights (Piovesan, 2002), including the World Conference on Human Rights (Vienna, 1993), the International Conference on Population and Development (Cairo, 1994) and the World Conference on Women (Beijing, 1995), among others. Promoted by

the United Nations, these Conferences recognize as guiding principles of women's sexual and reproductive health care the freedom, equality and dignity of the human person, rejecting any form of discrimination or restriction of access and stating that unsafe abortion should be treated humanely and in solidarity.

Besides the fact that the highest score had been obtained by the SRR construct, some HCW used their own words to criticize the social injustice promoted by the criminalization of abortion. For instance, a 52-years-old woman (non-gynecologist doctor, graduate, non-religious, divorced, not recently trained, but having an adequate knowledge on abortion laws) stated that "The prohibition leads to the exposure of young people to the risk of death and to health risks in the low-income population, because in the most favored classes abortion is already performed".

Religiosity and Conservative Moral Reasoning

As expected, religious adherence was the determinant present in the largest number of conservative constructs. This result is consistent with Brazilian and international studies that investigated the influence of religiosity on the attitudes of HCW (Lucchetti, de Oliveira, Leite, & Lucchetti, 2014; A. Madeiro, Rufino, Santos, Bandeira, & Freitas, 2016). A study with a multiprofessional sample found that religious discourse is strongly linked to the practice of conscientious objection (CO) to abortion care (Farias & Cavalcanti, 2012), behavior that can be related to a more conservative moral reasoning.

Although we did not evaluate the opinions of HCW on the theme of CO, it is important to highlight that, in Brazil, CO is recognized by the Code of Medical Ethics and by the Brazilian Ministry of Health as a legitimate right of HCW to reject a procedure that violates their personal values. However, its use is not allowed if there is a risk of death to the patient, if there is no other physician in the service or if the lack of medical attention

causes some harm to the women.

Abortion and Women Mental Health

Prevention of psychological suffering resulting from abortion (and not just the defense of the right to life) is the most prevalent moral reasoning among those with a conservative orientation. According to Kelly, the notion of a “post abortion syndrome” is used as a variant of the Posttraumatic Stress Disorder (Kelly, 2014). The believe that abortion is associated with a series of psychic sufferings was expressed by six participants in this study. For instance, a 49-year-old man (non-gynecologist physician, post-graduate, adept at Spiritism, not trained recently and with an inadequate knowledge on abortion laws), defended that “Adequate clarification of the parents is fundamental for their decision, which regardless of which, will bring immense psychological damage to them”.

The problem is that effective association between induced abortion and the incidence of psychological disorders may lack scientific evidence. According to some authors, the causal connection verified by some studies between abortion and subsequent mental disorders may be the result of many methodological bias, like poor quality and lack of clinical significance of outcome measures, poor sample and comparison group selection, inadequate conceptualization and inappropriateness of statistical analyses (Robinson, Stotland, Russo, Lang, & Occhiogrosso, 2009). A review of some studies that avoid these methodological errors concluded that the most consistent predictor of post-abortion mental disorders is preexisting disorders (Robinson et al., 2009).

Despite these works, it is important to note that the criminalization of abortion makes it difficult to carry out studies like those in Brazil. Thus, it cannot be said with certainty that the results found in places such as the United States and Europe are valid for Brazilian women. In fact, in Brazil, a study found that women in situations of abortion had a higher

prevalence of depression (Nomura et al., 2011).

The Inquisitive Thinking

Deontological argumentation obtained the highest score among the conservative constructs. Suspicious about the narrative of woman about being raped is an important characteristic of this construct. A recent study has shown how some HCW use “inquisitorial mechanisms” to get the truth about the woman’s assertion of having been raped: Even though her assertion is legally enough to have access to legal abortion, many physicians inquire their patients in order to identify eventual incompatibilities between their narratives and the clinical investigation (Debora Diniz et al., 2014).

Three participants of the present study showed some mistrust regarding the discourse of women who claims to have been raped. A 64-year-old man (gynecologist, adept to Spiritism, married, not recently trained, but having an adequate legal knowledge on the subject) affirmed “Many patients do not report this much VIOLENCE [the participant himself typed with capital letters]. They say they went to a party, had a drink and “fainted”, then woke up pregnant. Others slept with friend and saw nothing. A large percentage was not violence and said to have been violence”. This comment reveals a persistent view of some groups about raped women: They are blamed for having dressed inappropriately, consumed alcoholic beverages, given too much intimacy to some man, or adopted any other (risky) behavior that would justify the aggressor’s attitude.

Lack of Training and Inadequate Knowledge

Rather than religious practice alone, lack of training on abortion care and the inadequate legal knowledge are determinants of almost all conservative constructs of MOSAI. A literature review found that most of Brazilian HCW has an adequate knowledge of cases

permitted and prohibited by law (exactly as we have seen in this research), but inadequate in relation to which documents are required to abort and to the need to report the patient who illegally aborted, as well as to register the suspected illegal abortion in the medical record (Cacique et al., 2013a).

On the other hand, HCW with adequate knowledge tend to support the constructs WRA and SRR. Except for religiosity, these moral reasoning patterns were not associated with any other determinant (such as age, profession, and gender, for example), which endorses the centrality of the knowledge on abortion laws in the liberal-oriented moral thinking.

Although the methodological design of this study does not allow us to define what comes first (adequate knowledge or liberal moral reasoning), it seems reasonable to infer that the fear of being prosecuted for undue interruptions (that is, not permitted by law) is an important barrier to the provision of safe and legal abortion. This type of fear was identified, for example, in a study conducted with Brazilian and Polish HCW (De Zordo & Mishtal, 2011). HCW inadequate knowledge on abortion law is also found in other Latin American countries, such as Argentina (Provenzano-Castro, Oizerovich, & Stray-Pedersen, 2016), Colombia (Stanhope et al., 2017), Peru (Pace et al., 2006) and Mexico (Silva, Billings, Garcia, & Lara, 2009). In these countries, save other religious or moral restrictions that HCW may have, it is reasonable to believe that the widespread and frequent promotion of abortion care training can have a direct impact on reducing the barriers faced by women with a demand for abortion.

Emotional Appeal

Adequate knowledge of abortion laws does not exempt the HCW from using a more rhetoric attitude towards the subject. On the contrary, adequate knowledge was the only determinant of the construct LEA, an unexpected result. It is a common sense the idea

that it is only through the attempt to use rational argumentation that a society (specially its government) can serve the public interest with legitimacy. However, it is necessary to recognize that public argumentation is conducted through interest groups, in such way that “there is always the potential for the public interest to be hijacked, via persuasion, into serving some partisan interests” (Condit, 1994). In arenas of public debate, the advance of rhetoric occurs through the attempt to make public those feelings inherent in the sphere of private life. For this strategy to be successful, it is necessary that the vocabulary of interest be incorporated by the public repertoire (Condit, 1994). In the context of the abortion debate, this can be observed by the widespread use of key expressions, which, at the same time, denounce the position of the interlocutor (be favorable or contrary to its decriminalization) and seek to convince public opinion through appeal to emotions.

When used by conservative groups, the emotional appeal is characterized by the repetition of expressions that seek to accentuate the suffering of the fetus or its equation with a born child. In the present study, a 36-years-old man (gynecologist, postgraduate, Protestant, married, recently trained and having an adequate knowledge on the subject) stated that “an error does not justify another. Rape is wrong, but reaping the life of the developing child is a violence against the defenseless”. Another conservative strategy is to emphasize the virtues of women who maintains the gestation of the fetus generated by rape. A 35-years-old woman (gynecologist, postgraduate, Catholic, married, not recently trained and having an inadequate knowledge on the subject) stated that “We must not correct an error with an even greater and irreversible error. These women should be cared and receive support to maintain this gestation. And if she does not want to stay with the child in a heroic and generous gesture, she could donate the child to a family that will create it with love and respect”.

Pro-Life Reasoning

Despite the traditional dichotomy that the bioethical literature has established between pro-life and pro-choice movements (Medoff, 2016), the SOL construct obtained the lowest score among all the conservative constructs. That was an unexpected result. Some research provides examples of both patients and HCW who consider abortion equivalent to the murder of a person. In a study of pregnant women with fetuses with severe malformations, one patient stated “Because you start to look at the ultrasound ... then you start to say: I'm killing it, I'm helping to kill the baby inside my belly (...)” (Ferreira da Costa Lde, Hardy, Duarte Osis, & Faundes, 2005). In another study, a nurse argued that “Taking a life is a crime. Abortion is a crime, it is a wrong practice” (Gesteira, Diniz, & Oliveira, 2008).

In our research, a 36-years-old man (gynecologist, postgraduate, protestant, married, recently trained and having an adequate knowledge on the subject) suggested “If the mother does not want to raise the child, she could leave him in an orphanage. Taking the child's right to live is something that can not be justified. Meanwhile, in real life, the rapists, the only culprits, are released, and the innocent children are threatened with death”.

Along with the expected adherence to some religious, nursing profession was one of the main determinants of the SOL construct. This result is consistent with a survey of 30 nursing teachers and 118 Brazilian nursing undergraduates, of whom more than 95% had some religious affiliation and 96% believed that spirituality significantly influences patients' health (Tomasso Cde, Beltrame, & Lucchetti, 2011). On the other hand, a survey of Brazilian medical students found that only 66.1% of them were religious (Lucchetti et al., 2014). In our research, nursing professionals were also more religious than physicians,

with 91.7% and 79.3% of adhesion, respectively. From these distinction, it seems reasonable to assume that, when compared to physicians, nursing professionals are more supportive of the idea that life has an intrinsically sacred value.

Curiously, although in Brazil women constitute the absolute majority of nursing professionals (in one of the hospitals of the present study, women are more than 90% of nursing staff (Bacha et al., 2015)), we did not identify a significant difference between men and women in relation to the SOL construct. In fact, women were more sensitive to the FPP construct than men. To explain that, it could be assumed that women have greater adherence to this construct because they see in it an antithesis to the WRA. However, we did not find a significant difference of gender in relation to the WRA construct, which contains phrases such as “Graziane must have complete freedom to choose to abort or maintain pregnancy, because it is her life and her body that is at risk”.

Limitations

The fact that MOSAI was applied only in university hospitals can be considered a research bias, resulting in more liberal oriented opinions than it could be observed if the research were conducted in more diversified kinds of hospitals, including religious institutions, private clinics and health centers of little cities.

Conclusions

Beyond pro-life and pro-choice sole, HCW's moral reasoning on abortion issue can be expressed by a multidimensional model of eight different patterns of ideas. Among those patterns, the argument that legal and safe abortion constitute a sexual and reproductive right was the construct with the highest score. Having an adequate knowledge on the situations where abortion is legal was the only determinant of such construct, result that

point out a probably effective strategy to improve the quality of health care to abortion in Brazil: educating HCW. On the other hand, the absent of recent training on abortion health care, the inadequate knowledge on the issue and the religiosity were the main determinants of the conservative constructs. These results corroborate the hypothesis that a better understanding of abortion legislation could make healthcare professionals more sensitive to the vision of legal and safe abortion as a sexual and reproductive right.

References

- Aquino, E. M., Menezes, G., Barreto-de-Araujo, T. V., Alves, M. T., Alves, S. V., de Almeida Mda, C., . . . Campbell, O. (2012). [Quality of abortion care in the Unified Health System of Northeastern Brazil: what do women say?]. *Cien Saude Colet*, 17(7), 1765-1776.
- Bacha, A. M., Grassiotto Oda, R., Goncalves, S. P., Higa, R., Fonsechi-Carvasan, G. A., Machado Hda, C., & Cacique, D. B. (2015). Job satisfaction of nursing staff in a university hospital. *Rev Bras Enferm*, 68(6), 1130-1138.
- Cacique, D. B., Passini Junior, R., & Osis, M. J. M. D. (2013a). Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. *Saude soc.*, 22(3), 916-936.
- Cacique, D. B., Passini Junior, R., & Osis, M. J. M. D. (2013b). Validação de conteúdo do Mosaico de Opiniões sobre o Aborto Induzido (Mosai). *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 59(6), 576-582.
- Cecatti, J. G., Silveira, C., Souza, R. T., Fernandes, K. G., & Surita, F. G. (2015). Experience with the Brazilian Network for Studies in Reproductive and Perinatal Health: the power of collaboration in postgraduate programs. *Rev Col Bras Cir*, 42 Suppl 1, 89-93.
- Choe, K., Song, E., & Kang, Y. (2013). Recognizing bioethical issues and ethical qualification in nursing students and faculty in South Korea. *Nurs Ethics*, 20(2), 213-225.
- Condit, C. M. (1994). *Decoding Abortion Rhetoric: Communicating Social Change*. Illinois: University of Illinois Press.

- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (3 ed.). London: SAGE Publications.
- De Zordo, S., & Mishtal, J. (2011). Physicians and abortion: provision, political participation and conflicts on the ground--the cases of Brazil and Poland. *Womens Health Issues*, 21(3 Suppl), S32-36.
- Diniz, D., Dios, V. C., Mastrella, M., & Madeiro, A. P. (2014). A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Revista Bioética*, 22(2), 291-298.
- Diniz, D., Madeiro, A., & Rosas, C. (2014). Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. *Reprod Health Matters*, 22(43), 141-148.
- Diniz, S. G., d'Oliveira, A. F., & Lansky, S. (2012). Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters*, 20(40), 94-101.
- Farias, R. S., & Cavalcanti, L. F. (2012). Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Cien Saude Colet*, 17(7), 1755-1763.
- Faúndes, A., & Miranda, L. (2017). Ethics surrounding the provision of abortion care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, (ahead of print).
- Ferreira da Costa Lde, L., Hardy, E., Duarte Osis, M. J., & Faundes, A. (2005). Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women's experiences in Brazil. *Reprod Health Matters*, 13(26), 139-146.
- Gesteira, S. M. d. A., Diniz, N. M. F., & Oliveira, E. M. d. (2008). Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 21, 449-453.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderon, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise Multivariada de Dados* (A. S. Sant'Ana, Trans. 6 ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Kelly, K. (2014). The spread of 'Post Abortion Syndrome' as social diagnosis. *Soc Sci Med*, 102, 18-25.

- Lucchetti, G., de Oliveira, L. R., Leite, J. R., & Lucchetti, A. L. (2014). Medical students and controversial ethical issues: results from the multicenter study SBAME. *BMC Med Ethics*, 15, 85.
- Machado, C. L., Fernandes, A. M., Osis, M. J., & Makuch, M. Y. (2015). [Rape-related pregnancy in Brazil: the experience of women seeking legal abortion]. *Cad Saude Publica*, 31(2), 345-353.
- Madeiro, A., Rufino, A., Santos, P., Bandeira, G., & Freitas, I. (2016). [Conscientious Objection and Legal Abortion: Medical Students' Attitudes]. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(1), 86-92.
- Madeiro, A. P., & Diniz, D. (2016). Legal abortion services in Brazil – a national study. *Cien Saude Colet.*, 21(2), 563-572.
- Medoff, M. (2016). Pro-Choice Versus Pro-Life: The Relationship Between State Abortion Policy and Child Well-Being in the United States. *Health Care Women Int*, 37(2), 158-169.
- Nomura, R. M., Benute, G. R., Azevedo, G. D., Dutra, E. M., Borsari, C. G., Reboucas, M. S., . . . Zugaib, M. (2011). Depression, emotional and social aspects in the abortion context: a comparison between two Brazilian capitals. *Rev Assoc Med Bras (1992)*, 57(6), 644-650.
- Pace, L., Grossman, D., Chavez, S., Távora, L., Lara, D., & Guerrero-Vasquez, R. (2006). Legal abortion in Peru: knowledge, attitudes and practices among a group of physician leaders. *Gac Med Mex*, 142 Suppl 2, 91-94.
- Pagano, M., & Gauvreau, K. (2004). *Princípios de Bioestatística*. São Paulo: Thomson.
- Piovesan, F. (2002). Os Direitos Reprodutivos como Direitos Humanos. In B. S (Ed.), *Reprodução e Sexualidade: Uma questão de justiça*. Porto Alegre: Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero.
- Provenzano-Castro, B., Oizerovich, S., & Stray-Pedersen, B. (2016). Healthcare students' knowledge and opinions about the Argentinean abortion law. *Sex Reprod Healthc*, 7, 21-26.

- Rest, J. R., Narvaez, D., Thoma, S. J., & Bebeau, M. J. (1999). DIT2: Devising and testing a revised instrument of moral judgment. *J. Educ. Psychol*, 91(4), 644-659.
- Robinson, G. E., Stotland, N. L., Russo, N. F., Lang, J. A., & Occhiogrosso, M. (2009). Is there an "abortion trauma syndrome"? Critiquing the evidence. *Harv Rev Psychiatry*, 17(4), 268-290.
- Shellenberg, K. M., Hessini, L., & Levandowski, B. A. (2014). Developing a scale to measure stigmatizing attitudes and beliefs about women who have abortions: results from Ghana and Zambia. *Women Health*, 54(7), 599-616.
- Silva, M., Billings, D. L., Garcia, S. G., & Lara, D. (2009). Physicians' agreement with and willingness to provide abortion services in the case of pregnancy from rape in Mexico. *Contraception*, 79(1), 56-64.
- Silveira, P., McCallum, C., & Menezes, G. (2016). [Personal experiences with induced abortions in private clinics in Northeast Brazil]. *Cad Saude Publica*, 32(2), e00004815.
- Sorhaindo, A. M., Karver, T. S., Karver, J. G., & Garcia, S. G. (2016). Constructing a validated scale to measure community-level abortion stigma in Mexico. *Contraception*, 93(5), 421-431.
- Stanhope, K., Rochat, R., Fink, L., Richardson, K., Brack, C., & Comeau, D. (2017). Physician opinions concerning legal abortion in Bogota, Colombia. *Cult Health Sex*, 19(8), 873-887.
- Strefling, I. d. S. S., Lunardi Filho, W. D., Kerber, N. P. d. C., Soares, M. C., & Ribeiro, J. P. (2015). Nursing perceptions about abortion management and care: a qualitative study. *Texto Contexto Enferm*, 24(3), 784-791.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4 ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Tomasso Cde, S., Beltrame, I. L., & Lucchetti, G. (2011). Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. *Rev Lat Am Enfermagem*, 19(5), 1205-1213.

Tables

Table 1. Characteristics of the responders.

Characteristic		
Mean Age in Years (n=253)	39.00	± 11.06
Gender (n=251)		
Female	183	72.9%
Male	68	27.1%
Profession (n=254)		
Medicine ¹	183	72.0%
Nursing	48	18.9%
Others ²	23	9.1%
Religiosity (n=244)		
Yes ³	203	83.2%
Not	41	16.8%
Marital Status (n=252)		
Live with Partner	165	65.5%
Single/Divorced	87	34.5%
Recently Trained on Abortion Health Care		
Yes	62	27.7%
Not	162	72.3%

¹ Gynecologist-obstetricians (118), Residents in gynecology and obstetrics (36), and Physicians of other specialties (29).

² Social workers (7), Pharmacists (6), Psychologists (9) and Nursing assistants (1).

³ Afro-Brazilians (2), Catholics (150), Spirits (31), Protestants (19) and Jews (1).

Table 2. Knowledge of healthcare workers on the situations in which abortion is legal in Brazil.

Situations	Yes	Not	Correct Answer Rate
Pregnancy resulting from rape	215	9	96.0%
Risk of dying for the pregnant woman	197	27	87.9%
Anencephalic fetus	194	30	86.6%
Fetus of undesired sex	0	224	100.0%
Unplanned pregnancy	0	224	100.0%
Parents are very poor	0	224	100.0%
Fetus with Down's Syndrome	0	224	100.0%
Any fetus with less than 12 weeks of gestation	4	220	98.2%
Any fetus weighting less than 500g	3	221	98.7%
None situation	1	223	99.6%
Any situation	2	222	99.1%

Table 3. Means scores of MOSAI's constructs.

Constructs	n	Average	Standard Deviation
Conservative Constructs			
Psychosocial Repercussions of Abortion (PRA)	254	3.20	1.02
Conservative Emotional Appeal (CEA)	256	2.12	1.12
Sacredness of Life (SOL)	256	2.11	0.96
Conservative Deontology (CDE)	256	3.16	1.06
Liberal Constructs			
Women's Reproductive Autonomy (WRA)	256	4.33	0.83
Liberal Emotional Appeal (LEA)	255	3.70	1.11
Sexual and Reproductive Rights (SRR)	256	4.41	0.77
Fetal Personhood Problematicization (FPP)	255	3.51	1.09

Table 4. Determinants of the moral reasoning of Brazilian healthcare workers in relation to abortion.

Constructs	Determinants	Coefficient	C. I. 95%		p-value	R ²
			I. L.	S. L.		
Conservative Approaches						
Psychosocial Repercussions of Abortion (PRA)	Marital status (with partner)	0.45	0.05	0.86	0.0280	0.05
Conservative Emotional Appeal (CEA)	Religious (yes)	0.21	0.06	0.36	0.0052	0.18
	Inadequate knowledge on abortion laws	0.15	0.02	0.27	0.0229	
Sacredness of Life (SOL)	Profession (nursing)	0.27	0.05	0.48	0.0148	0.25
	Religious (yes)	0.28	0.15	0.41	< 0.0001	
	Not trained on abortion service	0.12	0.02	0.23	0.0209	
	Inadequate knowledge on abortion laws	0.16	0.05	0.27	0.0055	
Conservative Deontology (CDE)	Religious (yes)	0.43	0.03	0.83	0.0342	0.17
	Marital status (with partner)	0.41	0.09	0.72	0.0120	
	Not trained on abortion service	0.33	0.01	0.65	0.0424	
Liberal Approaches						
Women's Reproductive Autonomy (WRA)	Religious (yes)	-1.56	-2.68	-0.45	0.0063	0.17
	Inadequate knowledge on abortion laws	-0.95	-1.91	-0.01	0.0499	
Liberal Emotional Appeal (LEA)	Inadequate knowledge on abortion laws	-1.04	-1.83	-0.26	0.0094	0.09
Sexual and Reproductive Rights (SRR)	Inadequate knowledge on abortion laws	-1.44	-2.34	-0.55	0.0017	0.14
Fetal Personhood Problematicization (FPP)	Gender (female)	0.50	0.12	0.88	0.0095	0.12
	Profession (nursing)	-0.85	-1.56	-0.14	0.0186	
	Religious (yes)	-0.43	-0.86	0.00	0.0493	
	Marital status (with partner)	-0.34	-0.68	0.00	0.0471	

The Box-Cox transformation was applied to the dependent variable, that is, the determinants variables.

5. DISCUSSÃO GERAL

Assim como a pilha de colchões sobre a qual a princesa de Hans Christian Andersen revolve insone, o debate público sobre o aborto se constitui de múltiplas camadas, todas elas atravessadas por uma ou outra perspectiva moral sobre o tema.

No meio acadêmico, a questão é tratada, sobretudo, com ênfase nos aspectos epidemiológicos da interrupção voluntária da gravidez, a partir dos quais se tem argumentado que a criminalização do aborto engendra um grave problema de saúde pública. No Brasil, país que proíbe a realização do procedimento por motivo de exclusiva decisão da mulher, as estatísticas oficiais sobre o assunto referem-se exclusivamente às interrupções permitidas por lei, que se somam àquelas que, tendo sido realizadas ilegalmente e de maneira insegura, evoluíram para algum quadro de complicação com demanda de atendimento hospitalar.

Portanto, no Brasil, os dados oficiais sobre o aborto são subestimados, de tal modo que, para se estimar o número aproximado de interrupções, lança-se mão de uma série de cálculos e inferências. Um dos métodos mais empregados para tal finalidade tem sido aquele proposto pelo Instituto Alan Guttmacher. Nele, o número de internações por aborto registradas pelo Sistema Único de Saúde é multiplicado por 1,25 (referente à estimativa de sub registros), depois por 0,75 (para subtrair a proporção de abortos espontâneos) e, finalmente, pelo número 5 (para uma estimativa máxima) ou pelo número 4 (para uma estimativa mínima) (69).

A partir desse método, Monteiro e Drezett estimaram que, em 2013, teriam ocorrido entre 865.160 (limite superior) e 687.347 (limite inferior) abortos no país, números que, em relação ao ano de 1995, representam uma queda de 41% nas estimativas da taxa de aborto induzido por 1000 mulheres com idades entre 15 e 49 anos (69) – queda que estaria relacionada à melhor no acesso a métodos contraceptivos. Ainda assim, concluem os autores, “a magnitude do aborto no país ainda aponta para um grave problema de saúde pública” (69). Com efeito, embora a entrada do misoprostol

no cenário das práticas abortivas tenha reduzido os riscos relacionados ao procedimento (70), o aborto infeccioso (predominantemente decorrente de interrupções inseguras) ainda constitui a principal causa isolada de mortalidade materna em algumas regiões brasileiras, respondendo por três de cada dez mortes de gestantes registradas (71).

Outras estimativas da incidência do aborto no Brasil são produzidas pela “Pesquisa Nacional do Aborto”, realizada primeiramente em 2010 e atualizada em 2016. Desenvolvidas em áreas urbanas, essas pesquisas têm como método um levantamento domiciliar que combina técnica de urna e entrevistas face-a-face com mulheres de 18 a 39 anos. Em sua edição mais recente, o estudo concluiu que, ao atingirem os 39 anos de idade, aproximadamente 18% das mulheres brasileiras já realizaram pelo menos um aborto ao longo de suas vidas (72). Conclui-se, a partir desses dados, que a interrupção voluntária da gravidez é uma prática comum no Brasil. E mais: constitui um problema de saúde pública (72).

A atribuição da chancela de “problema de saúde pública” sobre determinado fenômeno social não pode ser interpretada como resultado inexorável de uma operação lógico-matemática. Conforme Fortes e Zoboli, a “noção ética utilitarista do maior benefício para o maior número de pessoas está contida em boa parte das ações de saúde pública” (73) - Como é o caso, por exemplo, da proibição de se fumar em lugares públicos, ou dos procedimentos de vacinação em massa. Não é, portanto, por simples e desinteressada dedução matemática que se atribui ao aborto a chancela de problema de saúde pública. Os próprios métodos e resultados que alicerçam essa narrativa o fazem, inevitavelmente, sobre o solo de uma ou outra perspectiva moral da realidade, seja ela utilitarista, feminista ou calcada nos acordos internacionais de promoção dos direitos humanos e bioéticos.

À narrativa do aborto como problema de saúde pública somam-se e opõem-se inúmeras outras. Dentre elas, pode-se citar a consagrada noção de heteronomia da vida (74), ora em sua vertente religiosa, de sacralização da biologia humana, ora em sua vertente secular, baseada em conceitos como o do estatuto moral ou em argumentos como aquele do futuro com valor. Existe, também, o argumento de que criminalizar a mulher que aborta é ineficaz e injusto, pois só afeta as mulheres com menos educação e recursos financeiros, ao passo que aquelas com maior poder

aquisitivo têm acesso a clínicas que fazem abortos seguros e de forma sigilosa. Há o entendimento de que as leis que regulam a vida em sociedade não devem pautar-se pelas convicções morais de grupos específicos, mas sim por regras comumente aceitas, racionalmente sustentáveis, globalmente homologadas e que assegurem aos indivíduos a liberdade de pensamento e de ação no limite de suas vidas privadas.

Em contrapartida, há narrativas do tipo “ladeira escorregadia”, que sustentam que a descriminalização da interrupção voluntária da gravidez conduziria inevitavelmente a uma epidemia de abortos (75); argumento que, em sua vertente religiosa, sustenta que a descriminalização tornará a sociedade menos sensível ao valor da vida. Persiste o entendimento de que algumas mulheres com demanda de aborto legal por estupro se colocaram em situação de risco e, portanto, não deveriam ter o direito ao procedimento. A culpabilização das vítimas de estupro é um fenômeno descrito em diferentes países e que, surpreendentemente, também se verifica nos serviços públicos de saúde responsáveis pelo acolhimento dessas mulheres, exatamente como se observou no presente trabalho. Somam-se, ainda, os discursos de que as mulheres que abortam estão condenadas a um sentimento de culpa que as acompanhará pelo resto de suas vidas, crença insistentemente rebatida por alguns estudos internacionais (76, 77), mas ainda bastante presente nos serviços brasileiros que atendem mulheres com demanda de aborto legal, conforme observado neste estudo. Com efeito, é importante ressaltar a dificuldade de se avaliar os impactos do aborto para a saúde mental das mulheres no Brasil, onde a criminalização do procedimento e o forte estigma social que o acompanha constituem importantes barreiras para a realização de estudos sobre o tema.

Há, por fim, pelo menos um contra-argumento para cada uma das ideias acima, ora fundamentadas em cálculos de probabilidades estatísticas ou em censos populacionais, ora com base em exames filosóficos quase imperscrutáveis, ou, ainda, por inspiração em entendimentos milenares sobre o sentido e o valor da vida humana. Soma-se, ainda, uma cacofonia de apelos às emoções, muitas das quais desprovidas de uma fundamentação lógica mínima, mas, nem por isso, menos utilizadas tanto por militantes liberais como por conservadores.

Nesse quadro, que é extremamente complexo, a principal contribuição do MOSAI talvez seja a de sistematizar a classificação moral de alguns dos principais

argumentos sobre a interrupção voluntária da gravidez. Alguns autores sustentam que a solução para o problema do aborto no mundo contemporâneo (plural e fragmentado) passa, necessariamente, pela costura de um consenso básico entre os beligerantes. Mas, afinal, como fazê-lo senão pelo reconhecimento cartográfico da pluralidade de opiniões sobre o tema? Faúndes e Barzelatto, por exemplo, argumentam que “a construção de um consenso não consiste em negar ou ignorar diferenças” (16). Antes, essa busca consiste em...

“...um processo que começa pela identificação de visões e valores comuns para logo tentar expandi-los, discutindo as raízes profundas das diferenças existentes” (16).

Eis, portanto, a contribuição do MOSAI: a identificação sistematizada de visões e valores relacionados ao debate do aborto no Brasil. Mas não só isso. Trata-se de um instrumento que, ao produzir esse mosaico de opiniões, logrou obter os selos de validação que, por definição, asseguram um grau satisfatório de mensuração daquilo que se pretende medir (78). Aliás, incrementar o grau de validade do MOSAI é o que tem se buscado fazer desde a sua formulação inicial, quando o instrumento possuía 14 tipos de raciocínios sobre a moralidade do aborto; raciocínios que se rearranjaram em oito novos padrões ao longo de seu processo de validação.

Em estudo anterior, foi descrito o processo de validação de conteúdo do instrumento, isto é, a verificação de que seu conteúdo realmente abrangia o tema proposto (79): o questionário foi submetido ao crivo de um painel de 12 especialistas, uma amostra intencional constituída de médicos, juristas, bioeticistas, sociólogos, enfermeiros e estatísticos, que avaliaram os critérios de clareza da redação, pertinência, adequação à amostra e aos domínios originalmente propostos (44).

Concluída essa etapa, passou-se às demais fases de validação e de incremento da confiabilidade do questionário, conforme descrito ao longo deste trabalho. Primeiramente, avaliou-se a validade de construto do questionário. Para isso, foram examinadas a validade convergente e a discriminante do modelo fatorial proposto, que, de modo geral, buscam assegurar que os itens que compõem determinado construto possuem correção entre si maior do que com os outros construtos do questionário. Para ambos os critérios, o MOSAI obteve resultados satisfatórios.

Em seguida, foi obtida a consistência interna do instrumento. Trata-se de uma medida de confiabilidade, por meio da qual se avalia a consistência entre as variáveis de uma escala múltipla. Isso é feito sob o pressuposto de que “os itens ou indicadores individuais da escala devem medir o mesmo construto e assim ser altamente inter-correlacionados” (63). Para esse critério, o MOSAI também obteve resultado satisfatório, com todos os seus construtos obtendo escores superiores a 0,70 pelo método de confiabilidade composta.

A validade de critério foi obtida por meio da validação por grupos conhecidos. A validade de critério é obtida quando se verifica que o instrumento proposto é capaz de obter mensurações semelhantes às aquelas que os instrumentos ou os critérios já estabelecidos são capazes de obter (78). Na comparação entre pessoas religiosas e não religiosas, o MOSAI mostrou-se sensível para detectar as diferenças de alinhamento moral entre esses grupos, com alinhamento mais conservador entre os religiosos, e mais liberal entre os não religiosos, exatamente como esperado.

Além da obtenção de indicadores estatísticos satisfatórios para cada uma dessas etapas de validação, o desenvolvimento gradual desse processo levou a uma importante redução do número de fragmentos do MOSAI. E isso é um bom resultado. Questionários curtos possuem vantagens tanto para a prática clínica como para o desenvolvimento de pesquisas: eles não requerem um tempo excessivo de aplicação e, por esse motivo, gozam de maior aceitação pelos respondentes. Consequentemente, proporcionam melhores taxas de resposta e menor incidência de “missing data” (80, 81).

Em face das evidências de confiabilidade e das validades de critério, de construto e de conteúdo reunidas até o momento, pode-se dizer que o MOSAI atingiu um patamar elevado de validade total, conforme os critérios de Sampieri, Collado e Lucio (78). Isso significa que o instrumento está apto a ser aplicado em novas amostras de profissionais da saúde. No presente trabalho, desenvolveu-se uma análise secundária dos dados coletados durante a validação do instrumento, pela qual já foi possível conhecer, de maneira preliminar, as perspectivas de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos brasileiros sobre a moralidade do aborto.

De um modo geral, os construtos liberais obtiveram pontuações superiores aos conservadores na amostra estudada. O construto inspirado na noção de direitos sexuais e reprodutivos obteve a maior pontuação, ao passo que o temor em relação às repercussões psicossociais do aborto induzido constituiu o construto conservador mais pontuado. O construto “Sacralidade da Vida” obteve o menor escore do questionário, ao contrário do esperado. Com relação aos determinantes investigados, o conhecimento legal adequado da legislação sobre o aborto foi o principal determinante dos construtos liberais. Ou seja, os sujeitos que conheciam todas as situações em que o aborto é permitido por lei apresentaram raciocínios morais mais liberais sobre o tema. Em contrapartida, a adesão religiosa e a falta de treinamento recente para o atendimento de mulheres em situação de aborto foram os determinantes mais frequentes dos construtos conservadores.

A despeito da tradicional dicotomia entre os movimentos pró-vida e pró-escolha, os construtos que representavam, estritamente, esses padrões de raciocínio não obtiveram as maiores pontuações do estudo, resultado que indica que tal dicotomia é insuficiente para explicar o complexo mosaico de opiniões sobre o aborto induzido. Insuficiente, pelo menos, para a amostra do presente estudo, constituída majoritariamente por pessoas do sexo feminino, com idade média inferior a 40 anos, com alguma adesão religiosa, de atuação profissional em ginecologia e obstetrícia e vinculadas a hospitais universitários que são referência para a atenção especializada à saúde da mulher. Nesse quadro, a alta pontuação obtida pelo construto sobre os direitos sexuais e reprodutivos sugere que boa parte da amostra é simpática aos princípios éticos expressos nos principais documentos internacionais sobre os direitos humanos, como a própria Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

Finalmente, o fato de a adesão religiosa e o conhecimento inadequado da legislação sobre o aborto terem sido identificados como os principais determinantes do pensamento conservador sinaliza um possível caminho em direção à melhoria da qualidade da atenção ao aborto no Brasil. Se, por um lado, a religiosidade pode ser vista como um traço definidor da própria natureza humana e, mais, como direito individual inalienável, por outro, o conhecimento adequado das regras que orientam (e permitem) a vida social é, obviamente, condição de possibilidade da própria vida em sociedade. Desta forma, para tornar mais acessível a interrupção legal da

gestação, é preciso que o debate não ignore as convicções individuais e o respeito que lhes é devido, mas procure contextualizá-las no âmbito das necessidades da vida social, promovendo maior esclarecimento dos profissionais de saúde em relação a essa questão.

6. CONCLUSÃO GERAL

- O MOSAI atende os critérios de clareza de redação, facilidade de uso e viabilidade de utilização online por amostras de profissionais da saúde brasileiros;
- O MOSAI obteve resultados satisfatórios de confiabilidade, de validade de critério e de validade de construto, que, somadas à validade de conteúdo (previamente obtida), indicam que o questionário atingiu um patamar elevado de validade total;
- Os profissionais participantes demonstraram predileção pelos construtos de orientação liberal em relação à moralidade do aborto, sobretudo por aquele pautado pela noção de que o acesso ao aborto legal e seguro constitui um direito humano fundamental. Apesar dessa predileção, foram identificadas narrativas de culpabilização das mulheres vítimas de estupro;
- Apesar da tradicional dicotomia entre os movimentos pró vida e pró escolha, os construtos que representam esses padrões de raciocínios morais não obtiveram os maiores escores do estudo, ao contrário do esperado;
- A adesão religiosa, a ausência de treinamento recente para a atenção a mulheres em situação de abortamento e o conhecimento inadequado das leis que regulamentam o direito ao aborto no Brasil foram os principais determinantes dos construtos conservadores.

7. REFERÊNCIAS

1. Boltanski L. As dimensões antropológicas do aborto. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* 2012;7:205-45.
2. van de Walle E. Towards a Demographic History of Abortion. *Population: An English Selection.* 1999;11:115-31.
3. Riddle JM. *Eve's Herbs: A History of Contraception and Abortion in the West.* Cambridge: Harvard University Press; 1997.
4. Riddle JM. *Contraception and Abortion from the Ancient World to the Renaissance.* Cambridge: Harvard University Press; 1992.
5. McArthur TA, Meyer I, Jackson B, Pitt MJ, Larrison MC. Parturition Pit: The Bony Imprint of Vaginal Birth. *Skeletal Radiol.* 2016 Sep;45(9):1263-7.
6. Artuz MA, Restrepo H. El aborto inducido: una visión histórica de su manejo. *Colomb Med.* 2002;33(2):65-71.
7. Yarmohammadi H, Zargaran A, Vatanpour A, Abedini E, Adhami S. An investigation into the ancient abortion laws: comparing ancient Persia with ancient Greece and Rome. *Acta Med Hist Adriat.* 2013;11(2):291-8.
8. Rebouças MSS, Dutra EMdS. Não Nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. *Psicol. estud.* 2011;16(3):419-28.
9. Nie JB. Chinese moral perspectives on abortion and foetal life: an historical account. *N Z Bioeth J.* 2002 Oct;3(3):15-31.
10. Nie J-B. *Behind the Silence: Chinese Voices on Abortion (Asian Voices).* Kleinman A, editor: Rowman & Littlefield Publishers; 2005.

11. Galleotti G. História do Aborto. Lisboa / Portugal: Gráfica de Coimbra; 2007.
12. Castuera I. A Social History of Christian Thought on Abortion: Ambiguity vs. Certainty in Moral Debate. *Am J Econ Sociol.* 2017;76(1):121-227.
13. Stotland NL. Reproductive Rights and Women's Mental Health. *Psychiatr Clin North Am.* 2017;40(2):335-50.
14. Boyle EH, Kim M, Longhofer W. Abortion Liberalization in World Society, 1960-2009. *AJS.* 2015;121(3):882-913.
15. Nathanson B. The Hand of God: A Journey from Death to Life by The Abortion Doctor Who Changed His Mind. Life Cycle Books; 1996.
16. Faúndes A, Barzelatto J. O drama do aborto: em busca de um consenso. Campinas, SP: Editora Komedi; 2004.
17. Sloan D, Hartz P. Abortion: a doctor's perspective, a woman's dilemma. New York: Donald I. Fine, Inc.; 1992.
18. Shaw D, Faundes A. What is the relevance of women's sexual and reproductive rights to the practising obstetrician/gynaecologist? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006;20(3):299-309.
19. Gasman N, Blandon MM, Crane BB. Abortion, social inequity, and women's health: Obstetrician-gynecologists as agents of change. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;94(3):310-6.
20. Phillips SP. Violence and abortions: What's a doctor to do? *CMAJ.* 2005;172(5):653-4.
21. Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine D, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ.* 2005;172(5):637-41.

22. Faúndes A, Andalft J. Sexual violence against women. The role of gynecology and obstetrics societies in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;78 Suppl 1:S67-73.
23. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface comun saúde educ*. 1999;3(5):11-26.
24. Gollop TR. Aborto por Anomalia Fetal. *Rev. bioet*. 2009;2(1):1-6.
25. Dallari SG. Aborto - Um Problema Ético da Saúde Pública. *Rev. bioet*. 2009;2(1):7-11.
26. Moisés ECD, Cunha SPd, Duarte LdB, Meziara Fc, Cavalli RC, Berezowski AT, et al. Aspectos Éticos e Legais do Aborto no Brasil. Duarte FAM, editor. Ribeirão Preto, SP: Funpec Editora; 2005.
27. Pacagnella RdC. Novamente a questão do aborto no Brasil: ventos de mudança? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(1):1-4.
28. Rocha BNGdA, Uchoa SAdC. Evaluation of humanized care in abortion: an evaluability study. *Physis*. 2013;23(1):109-27.
29. Osis MJMD. The Program for Integrated Women's Health Care (PAISM): a landmark in the approach to reproductive health in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(suppl.1):25-32.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Norma técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.
31. Diniz D, Dios VC, Mastrella M, Madeiro AP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Rev. bioet*. 2014;22(2):291-8.
32. Madeiro AP, Rufino AC. [Maltreatment and discrimination in induced abortion care: perception of women in Teresina, State of Piaui, Brazil]. *Cien Saude Colet*. 2017;22(8):2771-80.

33. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(supl.2):s193-s204.
34. Cacique DB, Passini Junior R, Osis MJMD. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. *Saúde e Sociedade*. 2013;22(3):916-36.
35. Silveira P, McCallum C, Menezes G. [Personal experiences with induced abortions in private clinics in Northeast Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2016;32(2):e00004815.
36. Diniz D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1704-6.
37. Faúndes A, Duarte GA, Osis MJ. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;123 Suppl 3:S57-9.
38. Fink LR, K. K, Stanhope, RoCHAT RW, Bernal OA. “El feto también es mi paciente”: Actitudes hacia el aborto y la referencia entre médicos objectores de conciencia en Bogotá, Colombia. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*. 2017 (sp. iss.):1-10.
39. Farias RS, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Cien Saude Colet*. 2012;17(7):1755-63.
40. Strefling IdSS, Filho WDL, Demori CC, Soares MC, Santos CPd. Cuidado de enfermagem à mulher em situação de aborto: revisão integrativa. *REUFSM*. 2015;5(1):169-77.
41. Osis MJD, Faúndes A, Duarte GA, Makuch MY. O papel da religiosidade na perspectiva e conduta de ginecologistas brasileiros em relação ao aborto induzido. *Bagoas: Revista de Estudos Gays*. 2013;7(s/n): 87-108.

42. Shellenberg KM, Hessini L, Levandowski BA. Developing a scale to measure stigmatizing attitudes and beliefs about women who have abortions: results from Ghana and Zambia. *Women Health*. 2014;54(7):599-616.
43. Sorhaindo AM, Karver TS, Karver JG, Garcia SG. Constructing a validated scale to measure community-level abortion stigma in Mexico. *Contraception*. 2016;93(5):421-31.
44. Cacique DB, Passini Junior R, Osis MJMD. Validação de conteúdo do Mosaico de Opiniões sobre o Aborto Induzido (Mosai). *RAMB*. 2013;59(6):576-82.
45. Galante AC, Aranha JA, Beraldo L, Pelá NTR. A vinheta como estratégia de coleta de dados de pesquisa em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2003;11(3):357-63.
46. Lemos A, Russo JA. Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. *Interface – Comunic., Saude, Educ*. 2014;18(49):301-12.
47. Streffling IdSS, Lunardi Filho WD, Kerber NPdC, Soares MC, Ribeiro JP. Nursing perceptions about abortion management and care: a qualitative study. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(3):784-91.
48. Rocha WBd, Silva ACd, Leite SMdL, Cunha T. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. *Rev. bioet*. 2015;23(2):387-99.
49. Piaget J. O juízo moral na criança. 4 ed. São Paulo, SP: Summus; 1994. 302 p.
50. L K. Stage and sequence: the cognitive-developmental approach to socialization. In: DA G, editor. *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally; 1969. p. 347–480.
51. Rest JR. *Moral Development: Advances in Research and Theory*. New York: Praeger; 1986.

52. Garrigan B, Adlam AL, Langdon PE. The neural correlates of moral decision-making: A systematic review and meta-analysis of moral evaluations and response decision judgements. *Brain Cogn.* 2016;108:88-97.
53. Lind G. The meaning and measurement of moral judgment competence revisited – A dual-aspect model. In: Willis DFW, editor. *Contemporary Philosophical and Psychological Perspectives on Moral Development and Education*. Cresskill- New Jersey: Hampton Press; 2002.
54. Rest JR, Narvaez D, Thoma SJ, Bebeau MJ. DIT2: Devising and testing a revised instrument of moral judgment. *J. Educ. Psychol.* 1999;91(4):644-59.
55. Rest JR, D. Narvaez ST, Bebeau TaMJ. A Neo-Kohlbergian Approach to Morality Research. *J Moral Educ.* 2000;29:381-96.
56. Rest J, Thoma SJ, Narvaez D, Bebeau MJ. Alchemy and Beyond: Indexing the Defining Issues Test. *J. Educ. Psychol.* 1997;89(3):498-507.
57. Rest J, Narvaez D, Bebeau MJ, Thoma SJ. *Postconventional moral thinking: a neo-Kohlbergian aproach*. 1 ed. London: Lawrence Erlbaum associates, Inc.; 1999.
58. Cacique DB, Júnior RP, Osis MJMD. Desenvolvimento e validação de conteúdo do Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai): um instrumento para se conhecer as opiniões de profissionais da saúde sobre a moralidade da interrupção voluntária da gravidez. Campinas, SP Universidade Estadual de Campinas . Faculdade de Ciências Médicas 2012.
59. Turato ER. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 2 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes Ltda.; 2003.
60. Johanson GA, Brooks GP. Initial Scale Development: Sample Size for Pilot Studies. *Educ. Psychol. Meas.* 2009;70(3):394-400.

61. Scholtes VA, Terwee CB, Poolman RW. What makes a measurement instrument valid and reliable? *Injury*. 2011;42(3):236-40.
62. Cecatti JG, Silveira C, Souza RT, Fernandes KG, Surita FG. Experience with the Brazilian Network for Studies in Reproductive and Perinatal Health: the power of collaboration in postgraduate programs. *Rev Col Bras Cir*. 2015;42 Suppl 1:89-93.
63. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise Multivariada de Dados*. 6 ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
64. Sterne JAC, White IR, Carlin JB, Spratt M, Royston P, Kenward MG, et al. Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *BMJ*. 2009;338(b2393).
65. Fornell C, Larcker DF. Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *J. Mark. Res.* 1981;18(1):39-50.
66. Pagano M, Gauvreau K. *Princípios de Bioestatística*. São Paulo: Thomson; 2004.
67. Creswell JW. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 3 ed. London: SAGE Publications; 2009.
68. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 4 ed. Boston: Allyn and Bacon; 2001.
69. Monteiro MFG, Adesse L, Drezett J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. *Reprod. clim.* 2015;30(1):11-8.
70. Saúde. Md. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Brasília – DF: Ministério da Saúde.; 2009.

71. Madeiro AP, Rufino AC, Lacerda É, Brasil LG. Incidence and determinants of severe maternal morbidity: a transversal study in a referral hospital in Teresina, Piaui, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:210.
72. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey 2016. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(2):653-60.
73. Fortes PAdC, Zoboli ELCP. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: Fortes PAdC, Zoboli ELCP, editors. *Bioética e saúde pública*. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola; 2009.
74. Diniz D, Almeida Md. Bioética e Aborto In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, editors. *Iniciação à Bioética*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 1998.
75. Spielthener G. A Logical Analysis of Slippery Slope Arguments. *Health Care Anal.* 2010;18(2):148-63.
76. Robinson GE, Stotland NL, Russo NF, Lang JA, Occhiogrosso M. Is there an "abortion trauma syndrome"? Critiquing the evidence. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(4):268-90.
77. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton M, Russo N, West C. Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *Am Psychol*. 2009;64(9):863-90.
78. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MdPB. *Metodologia de pesquisa*. 5 ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
79. Coolican H. *Research Methods and Statistics in Psychology*. 2 ed: Hodder & Stoughton; 1999.
80. Prieto L, Alonso J, Lamarca R. Classical test theory versus Rasch analysis for quality of life questionnaire reduction. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:27-.

81. Grossi E, Groth N, Mosconi P, Cerutti R, Pace F, Compare A, et al. Development and validation of the short version of the Psychological General Well-Being Index (PGWB-S). *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:88.

8. ANEXOS

12.1. Anexo 1: Versão breve do MOSAI ³¹

POR FAVOR, LEIA A HISTÓRIA ABAIXO E RESPONDA AS QUESTÕES SUBSEQUENTES

JUSSARA

Desde o começo do casamento, Jussara e seu marido desejavam um bebê, pois sentiam-se muito sós sem um filho. Assim, foi com imensa alegria que receberam a notícia de que Jussara estava grávida. No entanto, com 16 semanas, quando se realizou o primeiro ultrassom, o médico percebeu que o feto era anencefalo, ou seja, não tinha cérebro. Ao ouvir o diagnóstico, o primeiro pensamento de Jussara foi deixá-lo nascer. Mas ela teme que manter a gravidez cause ainda mais sofrimento a ela, ao seu marido e ao feto. Estando no segundo trimestre da gravidez, Jussara se dá conta de que, qualquer que seja sua decisão - manter a gravidez ou interrompê-la - será difícil tomá-la.

A. Você é favorável ao direito à interrupção da gravidez em casos de anencefalia?						
Muito Favorável ()	Favorável ()	Um Pouco Favorável ()	Um Pouco Contrário(a) ()	Contrário(a) ()	Muito Contrário(a) ()	Não Sei ()
B. Você é a favor de que o SUS continue a interromper a gravidez em casos como o de Jussara?						
Muito Favorável ()	Favorável ()	Um Pouco Favorável ()	Um Pouco Contrário(a) ()	Contrário(a) ()	Muito Contrário(a) ()	Não Sei ()
C. Você aceitaria realizar a interrupção legal da gravidez de Jussara?						
Certamente NÃO aceitaria ()	Provavelmente NÃO aceitaria ()	Provavelmente aceitaria ()	Certamente aceitaria ()	Não Sei ()		

AGORA, DIGA O QUANTO VOCÊ CONCORDA COM AS FRASES ABAIXO

		Concordo Muito	Concordo Um Pouco	Indiferente	Discordo Um Pouco	Discordo Muito	Não Sei
1	Jussara e seu marido se tornaram responsáveis por uma nova vida e devem preservá-la até quando for possível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	A proteção da vida intrauterina deveria ser um dever do Estado brasileiro mesmo nos casos de anencefalia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	O feto de Jussara não poderá se tornar uma pessoa humana plena, pois não tem perspectivas de desenvolvimento psicológico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Uma criança não deve ser assassinada simplesmente porque a natureza não lhe deu a forma que seus pais gostariam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Se o Supremo Tribunal Federal não tivesse autorizado o aborto em casos de anencefalia, mulheres como Jussara recorreriam ao abortamento ilegal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	A autorização do Supremo Tribunal Federal para interrupção da gravidez nos casos de anencefalia torna a sociedade menos sensível ao valor da vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Obrigar Jussara a manter a gravidez de um feto anencefálico é o mesmo que torturá-la durante o restante da gestação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Mulheres que interrompem a gravidez em casos de anencefalia podem estar sob pressão de seus companheiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	As leis que regulam a vida em sociedade não podem ter como referência crenças religiosas de grupos específicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Se Jussara chegar a uma posição definitiva sobre o que fazer, então sua vontade deverá ser respeitada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	O aborto deve basear-se em um diagnóstico confiável da anencefalia, ou seja, na certeza de que o nascituro jamais terá um futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Sociedades que respeitam os direitos sexuais e reprodutivos de seus cidadãos permitem o aborto em casos de anencefalia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Interromper a gravidez em casos como esse pode atenuar o sofrimento do pai e da mãe do feto anencefálico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Se decidir interromper a gravidez, é possível que Jussara sofra futuramente por se sentir arrependida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

³¹ Anterior à avaliação de suas propriedades da medida.

VOCÊ PODE UTILIZAR O ESPAÇO ABAIXO PARA FAZER QUALQUER COMENTÁRIO SOBRE AS TRÊS HISTÓRIAS QUE ACABOU DE LER OU SOBRE AS FRASES QUE AS ACOMPANHAVAM. FIQUE À VONTADE PARA EXPRESSAR SUA OPINIÃO SOBRE OS ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ, ASSIM COMO SOBRE O PAPEL DO PROFISSIONAL DA SAÚDE NA ASSISTÊNCIA A PACIENTES QUE BUSCAM INTERROMPER A GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI.

12.2. Anexo 2: Questionário auxiliar para pré-teste e teste do MOSAI

As questões a seguir foram criadas para que você nos diga sua opinião sobre o questionário que você acabou de responder.

1. Você identificou algum problema de escrita durante o preenchimento do questionário?

() Não

() Sim, especificar: _____

2. Você enfrentou algum problema técnico durante o preenchimento do questionário?

() Não

() Sim, especificar: _____

3. Como você avalia a facilidade para entender o conteúdo do questionário? Ou seja, como você avalia a clareza com que as histórias foram escritas, assim como os itens que acompanham essas histórias. Escolha uma das opções abaixo para responder.

Muito Fácil	Fácil	Médio	Difícil	Muito Difícil
O	O	O	O	O

4. Como você avalia a facilidade para utilizar o questionário? Ou seja, como você avalia a facilidade para entender o que precisava ser respondido, em quais campos e como passaria de uma história a outra. Escolha uma das opções abaixo para responder.

Muito Fácil	Fácil	Médio	Difícil	Muito Difícil
O	O	O	O	O

5. Como você avalia o tempo necessário para responder o questionário? Ou seja, avalie o tempo de que você precisou para ler as histórias e responder os itens. Escolha uma das opções abaixo para responder.

Muito bom	Bom	Médio	Ruim	Muito Ruim
O	O	O	O	O

6. Você pode utilizar o espaço abaixo para dar sua opinião sobre o questionário. Fique à vontade para fazer críticas ou sugestões:

Escreva neste espaço com suas próprias palavras neste espaço:

12.3. Anexo 3: Questionário para caracterização da amostra

Para conhecermos o perfil das pessoas que estão colaborando com este estudo, gostaríamos de lhe solicitar alguns dados:

1. Idade (em anos): _____

2. Sexo:

☐ Masculino ☐ Feminino

3. Profissão:

<input type="checkbox"/> Assistente Social	<input type="checkbox"/> Médico(a) gineco-obstetra
<input type="checkbox"/> Enfermeiro(a)	<input type="checkbox"/> Médico(a) NÃO gineco-obstetra
<input type="checkbox"/> Farmacêutico(a)	<input type="checkbox"/> Psicólogo(a)
<input type="checkbox"/> Outra profissão. Especifique: _____	

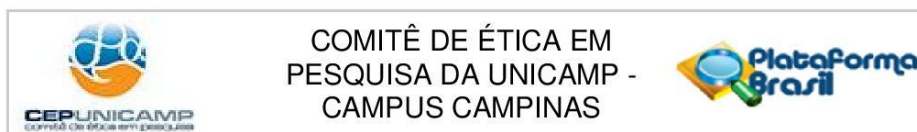
4. Religião:

<input type="checkbox"/> Católica	<input type="checkbox"/> Afro-brasileira
<input type="checkbox"/> Evangélica/Protestante	<input type="checkbox"/> Islâmica
<input type="checkbox"/> Espírita	<input type="checkbox"/> Judaica
<input type="checkbox"/> Não religioso	<input type="checkbox"/> Outra. Especifique: _____

5. Situação marital:

☐ Casado(a) ☐ Unido(a) ☐ Separado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Solteiro(a)

12.4. Anexo 4: Parecer CEP nº 1.488.279



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: OPINIÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A MORALIDADE DO ABORTAMENTO: ESTUDO COM O MOSAICO DE OPINIÕES SOBRE O ABORTO INDUZIDO (MOSAI)

Pesquisador: Denis Barbosa Cacique

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 34526914.2.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.488.279

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto original, a qual propõe o envio de TCLEs eletrônicos aos hospitais colaboradores, substituindo a versão original em papel impresso (realizada com sucesso nas fases anteriores do estudo). Como justificativa, os pesquisadores salientam que "uma vez que esses hospitais estão dispersos por todo o país, a obtenção do consentimento por meio do TCLE em papel estaria condicionada ao envio do referido documento pelos correios" e "a necessidade de se deslocar até uma agência dos correios para devolver o TCLE assinado desencorajaria os potenciais sujeitos a ingressarem no estudo". "Além disso, essa estratégia provavelmente geraria um custo aos sujeitos (referente ao deslocamento até uma agência dos correios), agravado com um gasto de tempo que seria um desconforto aos participantes".

Objetivo da Pesquisa:

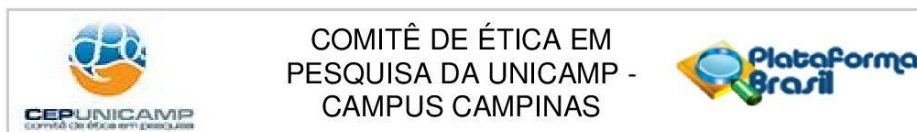
Mantidos em relação ao projeto original.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mantidos em relação ao projeto original.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.488.279

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisadores entregaram versão atualizada do projeto, na qual a nova estratégia de coleta de dados está devidamente relatada e justificada.

Recomendações:

Apresentar relatórios parciais, contemplando situação de coleta de dados do presente projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A justificativa desta emenda foi acatada pela relatoria e considerada relevante para a condução do estudo. Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

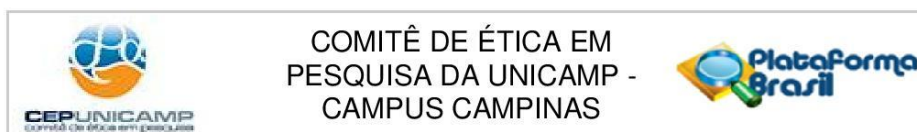
- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.488.279

aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

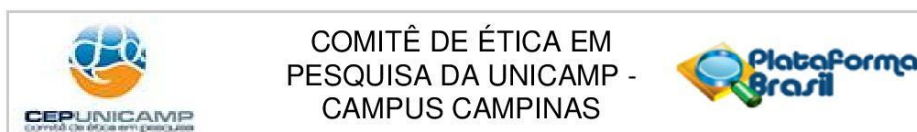
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_686259 E1.pdf	26/03/2016 10:30:35		Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_032016.pdf	26/03/2016 10:29:24	Denis Barbosa Cacique	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProtocolodePesquisa25032016POSCEPD.pdf	26/03/2016 10:26:53	Denis Barbosa Cacique	Aceito
Outros	Carta ao CEP - Setembro de 2014 segunda carta.pdf	25/09/2014 08:18:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo 7 TCLE para etapa final da pesquisa-VERSAO CORRIGIDA.pdf	25/09/2014 08:18:03		Aceito
Outros	Carta ao CEP - Setembro de 2014.pdf	10/09/2014 20:27:49		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo 6 TCLE para teste do Mosai-VERSAO CORRIGIDA.pdf	10/09/2014 20:25:57		Aceito
Parecer Anterior	Com_Pesq_Final.pdf	08/08/2014 09:32:27		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto ASSINADA.pdf	08/08/2014 09:31:53		Aceito
Outros	Quadro 2 Argumentos contrários ao aborto e respectivas ideias centrais.pdf	21/07/2014 09:42:54		Aceito
Outros	Quadro 1 Argumentos favoráveis ao	21/07/2014		Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.488.279

Outros	aborto e respectivas ideias centrais.pdf	09:42:45		Aceito
Outros	Anexo 8 Orçamento detalhado.pdf	21/07/2014 09:42:35		Aceito
Outros	Anexo 5 Questionário sociodemográfico.pdf	21/07/2014 09:42:04		Aceito
Outros	Anexo 4 Questionário auxiliar para teste do Mosai.pdf	21/07/2014 09:41:50		Aceito
Outros	Anexo 3 Rede Brasileira de Estudos em Saúde Reprodutiva e Perinatal.pdf	21/07/2014 09:41:32		Aceito
Outros	Anexo 2 Hospitais do Projeto Superando Barreiras.pdf	21/07/2014 09:41:16		Aceito
Outros	Anexo 1 Mosai Versão breve.pdf	21/07/2014 09:40:59		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 12 de Abril de 2016

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

12.5. Anexo 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

12.5.1. Versão para pré-teste e teste do MOSAI

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

Opiniões de profissionais da saúde sobre a moralidade do abortamento: estudo com o Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai)

Responsáveis:

Denis Barbosa Cacique, Renato Passini Júnior e Maria José Martins Duarte Osis

Número do CAAE:

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, visa a assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia-o com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se surgirem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode leva-lo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O objetivo dessa pesquisa é validar, por meio de testes estatísticos, um questionário para conhecer as opiniões de profissionais da saúde sobre aborto induzido nos casos permitidos por lei, ou seja, verificar se esse questionário está apto para tal finalidade. Assim, espera-se que essa pesquisa contribua com o desenvolvimento de estratégias para auxiliar os profissionais da saúde a lidarem com mulheres em situação de abortamento nos casos previstos em lei.

Esse questionário se chama “Mosai”, uma abreviação de “Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido”. Ele contém três breves histórias sobre mulheres que estão pensando

em interromper a gravidez, de acordo com casos previstos em lei. Ao responde-lo, você nos dirá se é favorável à interrupção da gravidez em cada uma dessas histórias.

Procedimentos:

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário sobre o aborto induzido, chamado de “Mosai”. Como esse questionário está em fase de teste, ainda não é possível saber quanto tempo será necessário para respondê-lo, mas espera-se que você consiga finalizá-lo entre 10 e 30 minutos.

Depois disso, você responderá um outro questionário para nos dizer suas opiniões sobre o Mosai, esclarecendo se ele é difícil de entender ou toma muito tempo para ser respondido.

Finalmente, lhe pediremos para responder um questionário sociodemográfico, com questões sobre idade, religiosidade, sexo, estado marital, número de filhos e profissão.

Esses questionários serão respondidos pela internet, por meio de uma senha única que será dada a você. Durante a pesquisa, em nenhum momento será perguntado se você já realizou o aborto, seja profissionalmente, seja na vida pessoal.

Desconfortos e riscos:

Não existem riscos previstos para sua participação nesta pesquisa.

Benefícios e ressarcimento:

Você não receberá nenhum benefício direto ou remuneração por participar do estudo. Também não estão previstas formas de reembolso, pois esta pesquisa não trará custos para você.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado, nem qualquer outra informação que permita identificá-lo.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Denis Barbosa Cacique pelo telefone 19-35219404, de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 16:00 horas, no Núcleo de Estatística e Informações Hospitalares do Caism/Unicamp, ou pelo e-mail denisbarbosa.c@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

(Assinatura do participante)

Data: ____/____/____

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Pesquisador Responsável:

Denis Barbosa Cacique.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

12.5.2. TCLE para versão final do MOSAI

Título da pesquisa:

Opiniões de profissionais da saúde sobre a moralidade do abortamento: estudo com o Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai)

Responsáveis:

Denis Barbosa Cacique, Renato Passini Júnior e Maria José Martins Duarte Osis

Número do CAAE:

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, visa a assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia-o com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se surgirem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode leva-lo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O objetivo dessa pesquisa é conhecer as opiniões de profissionais da saúde sobre aborto induzido nos casos permitidos por lei. Assim, espera-se que essa pesquisa contribua com o desenvolvimento de estratégias para auxiliar os profissionais da saúde a lidarem com mulheres em situação de abortamento nos casos previstos em lei.

Esse questionário se chama “Mosai”, uma abreviação de “Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido”. Ele contém três breves histórias sobre mulheres que estão pensando em interromper a gravidez, de acordo com casos previstos em lei. Ao responde-lo, você nos dirá se é favorável à interrupção da gravidez em cada uma dessas histórias.

Procedimentos:

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário sobre o aborto induzido, chamado de “Mosai”. Espera-se que você consiga finalizá-lo entre 10 e 30 minutos.

Depois, lhe pediremos para responder um questionário sociodemográfico, com questões sobre idade, religiosidade, sexo, estado marital, número de filhos e profissão.

Esses questionários serão respondidos pela internet. Durante a pesquisa, em nenhum momento será perguntado se você já realizou o aborto, seja profissionalmente, seja na vida pessoal.

Desconfortos e riscos:

Não existem riscos previstos para sua participação nesta pesquisa.

Benefícios e ressarcimento:

Você não receberá nenhum benefício direto ou remuneração por participar do estudo. Também não estão previstas formas de reembolso, pois esta pesquisa não trará custos para você.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado, nem qualquer outra informação que permita identificá-lo.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Denis Barbosa Cacique pelo telefone 19-35219404, de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 16:00 horas, no Núcleo de Estatística e Informações Hospitalares do Caism/Unicamp, ou pelo e-mail denisbarbosa.c@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

(Assinatura do participante)

Data: ____/____/____

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Pesquisador Responsável: Denis Barbosa Cacique.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

**12.6. Anexo 6: Comprovante de participação na XXIV Semana da Biologia -
UNESP Bauru**



12.7. Anexo 7: Comprovante de participação na XII Congresso Brasileiro de Bioética

CERTIFICADO		XII CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA PROMOÇÃO: SOCIEDADE BRASILEIRA DE BIOÉTICA IV CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA CLÍNICA PROMOÇÃO: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
AUTORIA DE TRABALHO		
A Sociedade Brasileira de Bioética - SBB certifica		
MARIA JOSÉ MARTINS DUARTE OSIS, DENIS BARBOSA CACIQUE, RENATO PASSINI-JÚNIOR, HENRIQUE CERETTA OLIVEIRA		
Pela autoria do trabalho		
A moralidade do aborto induzido segundo profissionais de saúde brasileiros		
Submetido ao XII Congresso Brasileiro de Bioética e ao IV Congresso Brasileiro de Bioética Clínica, realizados no período de 26 a 29 de setembro de 2017, no Recife/PE.		
Recife, 29 de setembro de 2017		
 Dra. Regina Ribeiro Parizi Carvalho Presidente da SBB	 Dr. Carlos Vital Tavares Corrêa Lima Presidente do CFM	 Dra. Helena Maria Carneiro Leão Presidente da SBB-PE
Promotores		